

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

105

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques MERLE

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse,

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris,

Diplômé de l'Ecole Française de Stomatologie.

Né le 23 juin 1908, à Evres (Indre-et-Loire)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

LUPUS PRIMITIF DES GENCIVES

Président de Thèse : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

100

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
LUPUS PRIMITIF DES GENCIVES

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques MERLE

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse,

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris,

Diplômé de l'Ecole Française de Stomatologie.

Né le 23 juin 1908, à Esvres (Indre-et-Loire)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

LUPUS PRIMITIF DES GENCIVES

Président de Thèse : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	NOBÉCOURT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BESANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	LUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâtr.
BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
BERNARD Et... Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCC Pathologie chirurgicale
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale
DE GAUDART
D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ Henri.. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUÉJOL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expériment.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI... Neurologie et Psychiâtr.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-
DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale
RICHTER Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale
SÉZARY Dermatologie et syphi-
ligraphie.
TROISIÈRE Pathologie expériment.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLÉRY-RADOT
(Pasteur) .. Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT
CHIRAY		LE LORIER ...
DUVOIR		LÉVY-SOLAL ..
BASSET		METZGER
HEITZ-BOYER ..	} Clinique chirurgicale.	
MOCQUOT		
SCHWARTZ ...		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agr.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MON PERE

le DOCTEUR MERLE-BERAL

Qui est le père le plus tendre et l'ami le plus sûr, j'offre ce modeste tribut de profonde reconnaissance et d'indéfectible attachement.

A MA BELLE-MERE

En témoignage d'affection filiale.

Au DOCTEUR VALDIGUIÉ

Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse

Pharmacien en Chef de l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'honneur

Puisse sa haute conscience me servir toujours de guide et son affection ne me manquer jamais.

AUX DOCTEURS :

PAUL VALDIGUIÉ, JACQUES DUBARRY, JEAN CHEVÉ

Que j'unis dans un même sentiment de fraternelle amitié.

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique

à la Faculté

Officier de la Légion d'honneur

En témoignage de respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en, acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur le DOCTEUR ROUSSEAU-DECELLE

*Qui non seulement nous a inspiré le sujet
de ce travail, mais qui nous a grandement
aidé de ses conseils facilitant ainsi notre
tâche. Hommage de profonde reconnais-
sance.*

A Monsieur le DOCTEUR CROCQUEFER

*Qui nous a toujours témoigné un si amical *
intérêt. Les leçons et les conseils que nous
reçûmes de lui contribuèrent pour une
large part à notre formation profession-
nelle ; nous l'assurons de notre fidèle
reconnaissance.*

A NOS MAITRES
DE L'ECOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

A Monsieur le DOCTEUR BELIARD

En témoignage de respectueuse reconnaissance pour ses nombreux conseils à l'Ecole et à l'Hôpital.

A Monsieur le DOCTEUR IZARD

Dont l'enseignement sera toujours pour nous le meilleur des guides.

A Monsieur le DOCTEUR LATTES

En l'assurant d'une reconnaissance qui naquit sous le signe d'une amicale sévérité.

A Monsieur le DOCTEUR DE SEZE

Dont la clarté d'esprit médical ne peut que laisser une empreinte chez ceux qui furent favorisés de ses leçons.

A NOS MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE TOULOUSE

STAGE :

- 1927-28. Monsieur le PROFESSEUR DAMBRIN,
— Monsieur le PROFESSEUR RAYMOND (*in memoriam*),
1928-29. Monsieur le PROFESSEUR DALOUS.

EXTERNAT :

- 1929-30. Monsieur le PROFESSEUR MERIEL,
— Monsieur le DOCTEUR BAUDET,
1930-31. Monsieur le PROFESSEUR RISER.

A NOS MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS

STAGE :

1931. Monsieur le PROFESSEUR TEISSIER,
— Monsieur le PROFESSEUR COUVELAIRE,
— Monsieur le PROFESSEUR GUILLAIN,
— Monsieur le DOCTEUR MILIAN.

EXTERNAT :

- 1931-32. Monsieur le PROFESSEUR DELBET,
— Monsieur le DOCTEUR BOZO,
— Monsieur le DOCTEUR ROUSSEAU-DECELLE.
1932-33. Monsieur le DOCTEUR BELIARD.

A Monsieur le PROFESSEUR SORREL

Qui le premier nous fit aimer la médecine.

Nous adressons notre reconnaissant souvenir à tous nos Maîtres des Facultés de Médecine de Paris et de Toulouse qui nous ont aidé de leurs conseils.

Nous remercions tout particulièrement le Docteur BÉLIARD, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, pour l'accueil qu'il nous a réservé dans son service et les enseignements que nous y avons puisés ; M. le Professeur GOUGEROT et le Docteur MILIAN nous ont facilité nos recherches à l'Hôpital Saint-Louis, nous les en remercions bien vivement.

M. le Docteur PROUST a bien voulu nous communiquer et nous permettre de publier l'observation d'un de ses malades, nous lui en sommes reconnaissant.

Nous avons trouvé dans la thèse de M. le Docteur HENNION de précieuses indications et nous y avons largement puisé, nous le prions de trouver ici tous nos remerciements.

INTRODUCTION

Le lupus gingival a de nombreux points communs avec le lupus cutané.

Ses caractères particuliers lui viennent de la proximité des dents.

— Anatomiquement, l'élément spécifique du lupus est une lésion éruptive appelée tubercule lupique ou lupome qui, évolue vers la cicatrisation ou l'ulcération.

— Histologiquement, le lupome a la structure classique du follicule tuberculeux ; pour en affirmer la nature spécifique, il faut de plus mettre en évidence les B. K., ils sont peu nombreux et en opposition avec l'intensité des lésions locales.

— Cliniquement, le lupus gingival est caractérisé par un ensemble de signes communs à tous les lupus muqueux : muqueuse violacée puis irrégulière, inégale, accidentée de bourgeons molasses qui voisinent des dépressions à la période d'ulcération.

Certains caractères spéciaux résultent de sa proximité ou de son éloignement du rebord gingival et des dents.

La lenteur de son évolution, son indolence habituelle, sa présence fréquente chez des tuberculeux en bonne santé apparente achèvent de le définir.

HISTORIQUE

Tout au début, à l'origine de la Médecine, le mot *lupus* s'est appliqué à toute affection de la peau ayant une tendance envahissante, destructive à marche lente et progressive. Les auteurs englobaient sous cette dénomination des affections fort dissemblables cliniquement.

Aucune tentative de classification n'existait. Le seul caractère commun, constituant l'unité apparente entre les lésions d'étiologie hétéroclite, était la tendance rongeante et progressivement extensive sur les tissus voisins.

L'ensemble de ces lésions semble assez bien cadrer avec ce que l'on a appelé « l'herpès esthiomenas (LENGLET) ».

Il en fut ainsi d'HIPPOCRATE à la fin du XVIII^e siècle.

L'étude de WILLIAM à la fin du XVIII^e et la communication de TRELAT en 1870 restreignent le cadre nosographique en introduisant dans la conception du *lupus* la notion de nodule lupique et de grains jaunes.

WILLIAM le premier a étudié les lésions cutanées de la face. Il donne une bonne description du nodule lupique.

Puis des publications apportent de nouvelles précisions.

Le travail de synthèse et de classification se poursuit cependant encore irrégulièrement, c'est ainsi que BAZIN fait rentrer dans ce groupe de nombreuses affections différentes, et qu'à cette époque l'on confond encore sous ce vocable des lésions de nature hédéro-syphilitique.

En 1870, TRÉLAT dans sa remarquable communication à la Faculté de Médecine signale la haute valeur diagnostique des points jaunes. Quelques années plus tard, il reconnaît et prouve le premier l'origine tuberculeuse des ulcérations buccales chez le phtisique.

Une troisième étape, celle-ci capitale, tant dans l'étude de la tuberculose en général et dans celle du lupus en particulier, est marquée par la découverte de KOCH, en 1884 ; d'où, dans les années qui suivent l'individualisation définitive du lupus tuberculeux.

Dès lors se précise le sens des recherches : l'on arrive à considérer le lupus comme un processus tuberculeux, à caractères bien définis.

Le lupus cutané fut le premier étudié, anatomiquement du moins, car les descriptions cliniques antérieures étaient sur ce point à peu près complètes. Ce n'est que plus tard que le lupus des muqueuses conquît sa place dans la nosographie.

Ce fut d'abord le lupus des muqueuses par propagation d'un lupus cutané que l'on s'attacha à individualiser. Vint ensuite l'étude du lupus des fosses nasales, de la cavité buccale, de la voûte, du voile, du pharynx.

Enfin, paraissent des publications sur le lupus pri-

mitif des muqueuses ne s'accompagnant pas de scrofulides de la peau. Des monographies sanctionnent chaque étape nouvelle dans l'étude des manifestations lupiques diverses.

Nous citerons seulement les principaux travaux : la thèse de MOMEL, les observations de SCHÄFFER, DENOS, LEMAITRE mettent définitivement au point la question du lupus de la pituitaire. Les publications de MARTY (1868), de LELOIR (1885-1888), s'attachent à celui du larynx et de la langue. En 1905, RABOURDIN fait une mise au point des travaux antérieurs sur le lupus primitif des muqueuses. Mais ni lui ni COLLET en 1913 dans son traité sur la « Tuberculose du larynx, du pharynx et du nez » ne parlent du lupus de la cavité buccale.

Il faut arriver au traité de « Pathologie de la bouche et des dents », de FREY et Charles RUPPE pour trouver une bonne description du lupus de la muqueuse buccale et la notion de son apparition primitive possible.

Tandis que le lupus secondaire de la muqueuse buccale fait dès lors le sujet de communications nombreuses, l'on ne consacre au primitif que des études extrêmement rares.

C'est à HENNION que l'on doit la première monographie sur ce sujet, auquel il consacre sa thèse. « En effectuant des recherches, dit-il, à la suite de notre Maître M. ROY à la bibliothèque de la Faculté de Médecine, recherches portant sur ces quarante dernières années, nous n'avons pu en trouver que quelques

exemples. Nous avons consulté sans beaucoup plus de succès les archives de la Bibliothèque Feulard, à l'Hôpital Saint-Louis ».

Nous avons repris ces recherches et n'avons pas plus trouvé d'observations que notre devancier dans les vingt premières années de ce siècle. Mais depuis 1920, les observations sont plus fréquentes. Il faut en conclure, semble-t-il, qu'étant mieux connu le lupus est plus souvent diagnostiqué.

Nous avons relevé les dates suivantes de publications importantes à ce sujet :

1892. HUTCHINSON. — Première observation en date de lupus avec extension ultérieure à la lèvre et à la face.

1896. JALDES. — Formes érosives gengivo-alvéolaire de la tuberculose buccale (c'est la description typique du lupus).

1902. CHOMPRET et GASTON.

1903. MÖLLER. — Lupus de la muqueuse buccale.

PETGES. — Lupus de la gencive et du nez.

SEQUEIRO. — Lupus vulgaris of the tongue gums, palate and nose.

1909. CHOMPRET. — Lupus buccal.

1912. LAGORMASINO.

1922. SIEMENS. — Un cas de lupus de la muqueuse buccale sans lésion de la peau.

RODIER et VINCENT. — Lupus primitif buccal.

1923. SABRAZES. — Forme érosive gengivo-alvéolaire de la tuberculose buccale.

1927. CHOMPRET et SASSIER. — Lupus primitif buccal.

RODIER.

1928. HENNION.

A ces observations doivent s'ajouter les sept cas observés par M. ROY auxquels fait allusion HENNION ; les cinq cas observés et traités par M. ROUSSEAU-DECELLE dans son service de Lariboisière. Les huit cas que nous avons signalés dans les fichiers de Saint-Louis. L'observation du malade traité par M. le Professeur LEMAITRE et le Docteur LEPROUST.

Nous-même, enfin, pendant les deux années de stage hospitalier dans des services de stomatologie avons pu observer trois malades atteints de cette forme de lupus, le premier venu consulter à l'Hôtel-Dieu, les deux autres à l'Hôpital Lariboisière.

Nous renvoyons à la thèse d'HENNION pour la documentation précise concernant les noms et les dates qui ont jalonné cette étude : nous n'avons seulement tenté que d'en marquer les principales étapes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne nous étendrons pas ici sur l'aspect macroscopique des lésions, dont la description trouve mieux sa place au chapitre de la symptomatologie. Par ailleurs, le lupus primitif de la gencive ne présente pas de caractères particuliers à cette muqueuse, et les lésions observées sont sensiblement identiques à celles du lupus de la peau.

Nous rappellerons simplement, qu'au point de vue anatomique, le lupus est caractérisé par un élément éruptif, le tubercule lupique ou lupome développé dans la zone sous-dermique. Le lupome initial, unique et minuscule, augmente progressivement de volume, puis s'entoure plus ou moins rapidement d'autres éléments semblables.

L'évolution permet de distinguer, assez arbitrairement d'ailleurs, deux phases distinctes :

- 1° Une phase végétante ou papillomateuse :
- 2° Une phase ulcéreuse.

Cette division artificielle est surtout commode pour l'étude histologique des lésions, car celles-ci présentent des caractères un peu différents, suivant que l'on se trouve en présence de l'un ou l'autre de ces deux stades évolutifs.

En effet, si dans les deux cas, les lésions sous-der-

miques sont analogues, et identiques à celles du lupus de la peau; il n'en est pas de même des lésions épithéliales, qui présentent des différences importantes.

Etudions d'abord les premières ; les lésions dermiques sont les moins importantes, les plus banales. Elles sont communes à tous les lupus, quel que soit leur siège anatomique. On trouve des follicules tuberculeux typiques, dont la structure est bien connue : cellules épithélioïdes, centrées sur une ou plusieurs cellules géantes et entourées de cellules embryonnaires. Généralement, les lésions sont plus ou moins associées à la sclérose, et on trouve en plus des travées fibreuses, qui ont une tendance à encercler et à dissocier les nodules typiques. Il faut noter aussi que ce nodule tuberculeux est avasculaire.

Assez souvent, et plus souvent semble-t-il, qu'au niveau de la peau, le follicule tuberculeux ne présente pas une organisation aussi schématique. On peut observer des follicules à type embryonnaire, plus rarement des follicules épithélioïdes. Il arrive même que la cellule géante fasse défaut. Il est évident que dans des cas semblables, le diagnostic histologique est particulièrement délicat, et seule la constatation des bacilles de Koch permettra alors de porter une conclusion ferme.

Nous voyons donc que les lésions sous-épidermiques du lupus primitif de la gencive ne présentent pas de particularités bien remarquables, aussi bien dans une forme que dans l'autre.

Les lésions épithéliales sont plus intéressantes.

Au niveau de la zone ulcéreuse, elles sont des plus simples et se réduisent à une perte de substance.

Mais dans les régions où l'aspect des lésions est végétant ou papillomateux, elles ont des caractères propres, bien décrits par DARIER, et qu'il convient de noter. On observe généralement, en plus d'un allongement considérable des papilles, une hypertrophie extrêmement marquée de l'épiderme et des bourgeons interpapillaires. Les papilles réunies en groupes sont séparées par des prolongements épithéliaux irréguliers, et un peu partout on constate une infiltration de l'épithélium par des cellules migratrices.

En conclusion, nous pouvons dire que le diagnostic histologique des lésions lupiques de la gencive est relativement aisé, sauf dans les cas où l'on se trouve en présence de follicules tuberculeux atypiques : en l'absence de B. K., le laboratoire ne pourra donner aucune réponse certaine, la certitude reviendra aux résultats de l'inoculation.

SYMPTOMATOLOGIE

Les lupus des gencives quel que soit l'aspect sous lequel ils s'extériorisent, ont un certain nombre de caractères communs : aspect général de la lésion, signes subjectifs et généraux concomittants, évolution.

Ce sont eux que nous étudierons en premier lieu.

Puis, nous envisagerons les différentes formes cliniques qu'ils peuvent revêtir. Nous tenterons de montrer que si leur symptomatologie varie avec le siège de la lésion sur l'arcade, c'est surtout l'éloignement ou le voisinage des dents qui conditionnent une symptomatologie spéciale.

Signes communs. — *Le début* passé en règle inaperçu. C'est parfois au cours d'un examen de la denture, alors que le patient ne s'était aperçu de rien, que le praticien découvre une lésion déjà constituée. Témoins en sont les observations de ROY, HENNION, FINAÛT-LEPROUST. Dans un cas de CHOMPRET et SASSIER, c'est par hasard que le malade s'aperçoit en passant la langue sur l'arcade dentaire, d'un orifice au niveau de l'espace inter-dentaire déjà détruit.

« L'on peut être dévoré d'un lupus sans le savoir » a écrit FAUGÈRE.

Néanmoins, dans certains cas, on a pu assister aux premières modifications de la muqueuse.

Elle prend une teinte violacée, lie de vin. *Ce changement de teinte constitue la première manifestation en date* de la transformation lupique de la muqueuse.

Dans une observation de SABRAZES, le début s'était fait par un petit bouton sur le bourrelet gingival qui s'ulcéra ultérieurement.

Nous n'avons relevé un début brusque que dans une seule observation. EHRARDT rapporte, en effet le cas suivant : après une extraction (par instrument souillé, conclura l'auteur) et dans les quarante-huit heures qui suivirent apparut un gonflement de la région alvéolaire correspondante. En trois jours, une ulcération fut constituée qui présentait à la biopsie tous les caractères d'un lupus.

C'est donc, un début souvent inaperçu, et insidieux dans la grande majorité des cas. Il se caractérise par une modification de la teinte de la muqueuse qui devient violacée, lie de vin, et tranche par sa coloration sur la muqueuse environnante.

A la période d'état les signes objectifs sont plus nets : il existe des lésions principales qu'entoure une muqueuse profondément modifiée. Après un temps plus ou moins long, la muqueuse qui a pris une couleur gris violacé, s'amincit, puis s'ulcère. A sa surface se forment des plaques rouge vif sans contour défini. Peu à peu, se constitue un placard érodé, rouge vif, à bords irréguliers. La muqueuse devient mamelonnée.

L'érosion ne se creuse pas, mais s'étend plutôt en surface. A un stade plus avancé, les lésions lupiques

caractéristiques sont constituées. L'érosion primitive s'est progressivement accrue, s'est unie à plusieurs autres ; l'épithélium s'est de plus en plus aminci. Après un temps variant de quelques mois à deux ans apparaît une ulcération.

Les bords sont en pente douce. Ils manquent de netteté et sont constitués par une bande rougeâtre, plus foncée que le reste de la lésion, irrégulièrement festonnés.

De place en place, ils présentent de petits bourgeons rouges de la grosseur d'un grain de mil comparables à ceux que nous verrons sur la muqueuse avoisinante.

Le fond de l'ulcération est de couleur grisâtre, rouge pâle ou jaunâtre. Il n'y a pas de suppuration. Parfois existe un exsudat séro-fibreux qui s'enlève facilement au coton et fait apparaître la couleur framboise que revêt le plus souvent le fond de l'ulcération. Un malade de CHOMPRET présentait des fausses membranes à la surface des lésions, un autre, un enduit noirâtre. Nous-même, avons dû enlever à plusieurs reprises, sur l'un de nos malades des fausses membranes assez épaisses, pour mettre à jour le fond de l'ulcération.

Au toucher digital, la base paraît souple dans la mesure où ce caractère peut être recherché à ce niveau. Cette manœuvre entraîne parfois un saignement que provoque du reste le moindre contact ; c'est du moins ce que nous avons constaté chez deux de nos malades et ce que ROUSSEAU-DECELLE enseigne. Le fait est cependant pas admis par tous, CHOMPRET et SASSIÉ signalent chez un malade l'absence de ce signe.

ROY et HENNION insistent également sur le fait que le saignement en surface n'est pas la règle.

D'abord toute petite, punctiforme, l'ulcération s'accroît de proche en proche, dans d'autres cas, ce sont de petites ulcérations voisines qui se confondent par leurs bords ; il en résulte une lésion plus étendue aux contours serpigineux.

Parallèlement au processus ulcératif se produit une infiltration de plus en plus étendue de la région provoquant un aspect bourgeonnant, mamelonné, granuleux, inégal, de la muqueuse ; des saillies et des dépressions apparaissent, des crêtes voisinent avec des fissures donnant un aspect scrotal (RAYNAL), framboisé (HENNION) ou muriforme (ROUSSEAU-DECELLE). Parfois existent de véritables excroissances telles que les signale CHOMPRET, sous forme de bourgeons charnus et molasques, affaissés et accolés. Dans cette muqueuse sont enfin encastrés de petits nodules gris jaunâtres qui apparaissent particulièrement nets lorsque « l'on tend la muqueuse et que l'on produit un certain degré d'ischémie » (EHRARDT).

L'os sous-jacent n'est que très tardivement altéré, le stylet ne révèle aucune lésion d'ostéite ; la radiographie témoigne de l'intégrité du maxillaire pendant longtemps ; nous verrons du reste que l'atteinte osseuse est fonction de la forme clinique en évolution.

Les signes subjectifs sont réduits au minimum, les douleurs spontanées sont classiquement absentes ; cependant, chez un de nos malades, il existait une hypersensibilité au moindre contact avec parfois des dou-

leurs spontanées, passagères il est vrai ; chez un autre, il existait une sensibilité nettement plus marquée au niveau des lésions ; la mastication était de ce fait pénible chez ces deux sujets alors qu'elle n'est pas gênée d'ordinaire. Les aliments acides provoquent en général une légère réaction, tandis que ni le froid ni le chaud n'entraînent de sensations anormales ; le broyage des dents est très légèrement douloureux. Pour HENNION, il existerait même un certain degré d'anesthésie et les sensations de toucher et de contact paraîtraient moins bien perçues qu'au niveau des parties saines ; il n'existe pas de modification de la salivation ; l'haleine n'est fétide que si l'état concomitant de la bouche entre en cause.

L'état général de ces malades est le plus souvent bon ; il n'existe ni fatigue, ni température, ni sueurs nocturnes ; l'appétit est bien conservé ; lorsqu'il en est autrement, c'est qu'évolue simultanément une autre localisation tuberculeuse ; les lupiques semblent jouir d'une santé parfaite, CHOMPRET a pu observer un cas où la lésion datant de vingt ans n'avait déterminé aucun trouble général appréciable.

Formes cliniques. — Les caractères cliniques de cette affection d'après l'étude des observations rapportées dans les différentes publications et d'après les cas qu'il nous a été donné d'observer permettent de différencier deux modalités symptomatiques nettement individualisées et justifient la division que nous nous proposons d'établir.

La première est définie par un début en plein tissu

gingival ; la deuxième se caractérise par un point de départ au niveau d'une languette interdentaire ; nous allons successivement décrire le tableau clinique de ces deux formes.

a) *Forme débutant à distance du collet.* — La muqueuse est violacée à aspect granuleux ; la propagation se fait de proche en proche très lentement ; l'ulcération fort tardive est peu profonde ; parfois au bout d'un temps toujours très long l'os se trouve dénudé, mais l'exploration au stylet, aussi bien que la radiographie témoignent de son intégrité ; il demeure sain, les dents restent intactes ; elles ne se déchaussent pas, leur solidité n'est pas diminuée ; il existe donc une ulcération superficielle sans retentissement ni dentaire, ni osseux.

Tels sont les caractères observés dans plusieurs cas ceux de ROY, HENNION, CHOMPRET sur l'un de nos malades, et surtout ceux qu'a observés M. ROUSSEAU-DECELLE.

b) *Forme débutant au niveau d'une languette interdentaire.* — Dans ce cas, le processus s'étend non seulement à la surface de la muqueuse, mais aussi en profondeur et le long de la dent. Ce sont avant tout les régions des incisives, des canines et des prémolaires supérieures qui sont lésées dans cette forme ; l'espace interdentaire dans un premier temps est turgescent, hyperémié, saignant facilement ; la gencive à ce niveau devient fongueuse, elle se décolle formant une sorte de gouttière dont le lambeau antérieur presque flottant descend sur la face antérieure de la dent

en regard, à un degré moindre, mais un peu comme on le voit dans la gingivite hypertrophique ; on peut facilement glisser un stylet sous ces culs-de-sac gingivaux ce qui provoque souvent un saignement ; à ce stade de congestion et de décollement vont faire suite d'une part l'ulcération d'autre part l'atteinte osseuse et dentaire.

Le rebord gingival va en effet disparaître peu à peu, envahi par l'ulcération ; puis la perte de substance remonte sur la fibro-muqueuse, la table externe est mise à nu, elle se résorbe ultérieurement et il ne subsiste plus de tissu osseux en rapport avec la racine qui apparaît dénudée sur une hauteur plus ou moins grande ; dans plusieurs observations cette dénudation radiculaire est signalée comme remontant très haut ; l'os n'est pas simplement dénudé de son périoste, la table externe a disparu, s'est résorbée, par ailleurs le déchaussement des dents entraîne leur mobilité ; dans certains cas, par la mise en œuvre du traitement cette mobilité peut être fixée et même, dans les cas favorables, rétrocéder. Parfois, la chute de la dent ou des dents constitue le terme ultime de cette atteinte osseuse et ligamentaire.

C'est également dans cette forme que se produisent les infections secondaires avec le retentissement osseux que nous verrons lors des complications. Disons, du reste, que le *lupus* n'altère l'os qu'exceptionnellement, et que ce sont surtout, semble-t-il, les infections secondaires, qui sont responsables des désordres osseux.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

C'est très lentement, d'une façon insidieuse, torpide que l'ulcération succède au changement de teinte, c'est ainsi que CHOMPRET a pu examiner un malade âgé de 29 ans chez qui le début des lésions remontait à neuf ans ; cette évolution explique que les lésions puissent souvent passer inaperçues ; nous n'avons relevé dans la littérature que deux cas où l'évolution ait été rapide, il s'agit d'un malade d'EHRARDT que nous avons signalé au début de la symptomatologie et du petit malade âgé de 5 ans dont nous publions l'observation.

Le lupus gingival semble avoir peu de tendance à la cicatrisation spontanée ; lorsqu'elle se produit en un point il n'est pas rare qu'en d'autres, l'ulcération continue sa marche lentement envahissante ; dans de rares observations on signale cependant que les lésions s'améliorèrent et cicatrisèrent même sans avoir été traitées, le tissu conjonctif étouffe et éteint par sclérose interstitielle la néoformation cellulaire ; alors même que la cicatrisation a eu lieu, le malade n'est pas à l'abri des récidives toujours à redouter.

Dans le lupus, qui se comporte ordinairement comme une tuberculose locale relativement bénigne, l'état général est ordinairement bien conservé, les complications sont rares.

Cependant, on peut en observer chez certains malades ; elles sont locales le plus fréquemment ou générales ce qui est exceptionnel.

Complications locales. — L'ulcération peut envahir parfois une grande étendue muqueuse et atteindre successivement de proche en proche les deux maxillaires. C'est ce que CHOMPRET a observé chez un de ses malades : après un début sur la partie gingivale correspondant aux molaires inférieures, ces lésions envahirent le maxillaire supérieur du même côté, s'étant propagées simultanément aux piliers antérieurs et au palais. HENNION signale également l'envahissement des voies aériennes supérieures ; HUTCHINSON nous a laissé une observation où la propagation s'était faite à la peau de la face.

La guérison est-elle survenue, des séquelles peuvent encore persister. Dans certains cas, les collets gingivaux atteints ne se reconstituent pas et on assiste à la dénudation plus ou moins étendue de la table externe ; dans certaines circonstances c'est la racine qui apparaît sans que la muqueuse environnante guérie ait tendance à la recouvrir ; parfois des brides persistent fixant une partie plus ou moins étendue de la lèvre ou de la face interne des joues au rebord gingival correspondant. Beaucoup plus importantes et moins rares sont les lésions intéressant la denture, le premier terme en est la mortification pulpaire survenant sur les dents avoisinant le lupus (ROUSSEAU-DECELLE) ; dans d'autres cas, la mobilité des dents est telle que l'on peut imprimer des mouvements angulaires de plusieurs

degrés. Dans une communication de RAYNAL ce déplacement atteignait un centimètre. Au stade ultime, après dénudation radiculaire et destruction ligamentaire la chute de la dent se produit ; c'est sans douleur, sans hémorragie qu'à l'occasion d'un effort minime le malade cueille la dent depuis fort longtemps lésée. Les complications osseuses, exceptionnelles, lorsque le point de départ est fibro-muqueux, sont fréquentes lorsqu'il a lieu au niveau des collets ; le maxillaire supérieur semble plus souvent touché que la mandibule ; cela tient d'abord au fait que le lupus est plus fréquent à son niveau, mais dépend peut-être aussi de sa structure osseuse moins dense ; l'os reste longtemps intact, sain, malgré qu'il ne soit plus recouvert de muqueuse ; puis apparaissent successivement son atrophie et sa nécrose ; c'est au niveau des groupes incisif et canin que ce processus s'observe le plus souvent, car dans cette région, l'épaisseur de la table externe recouvrant les racines est réduite au minimum ; des séquestres toujours très petits s'éliminent, parfois il y a plutôt résorption que séquestration et insensiblement se poursuit la dénudation.

Si, au contraire, le lupus gingival a débuté sur la fibro-muqueuse, l'os apparaît uni, il demeure sain, non érodé, beaucoup plus longtemps ; le stylet ne décèle aucune modification pathologique ; la radiographie est négative, les observations de ROY et HENNON, une des nôtres sont témoins de l'intégrité osseuse dans ces cas.

Lorsqu'elle existe, quel est le processus qui préside

à cette atteinte osseuse ; est-ce une atteinte tuberculeuse de l'os ou doit-on en incriminer l'infection secondaire si fréquente ?

Cette question souvent posée a trouvé des solutions différentes suivant les auteurs : dans ses leçons « Tuberculose et cavité buccale », ROUSSEAU-DEGELLE écrit : la tuberculose du maxillaire est secondaire dans soixante-quinze pour cent des cas, c'est-à-dire qu'elle survient chez des malades présentant ou ayant présenté des accidents tuberculeux. L'infection se fait alors au niveau des maxillaires, soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique, soit par voie de continuité, la tuberculose osseuse succédant à une tuberculose de la muqueuse ; c'est cette modalité qui semble la plus fréquente dans les formes alvéolaires » et ailleurs, il s'agit d'une véritable ostéo-arthrite d'abord purement inflammatoire et qui chez des individus prédisposés se tuberculise secondairement ».

Pour les auteurs anglais, l'infection secondaire aurait le rôle principal sur un terrain chroniquement infecté et préparé par le B. K.

Il semble donc qu'il faille être particulièrement éclectique sur la pathogénie de ces accidents ; il faut admettre le rôle du B. K., mais accorder aussi une certaine importance à l'infection secondaire ; celle-ci existe, en effet à un degré plus ou moins marqué d'une façon à peu près constante ; en conclusion, nous pouvons penser qu'elle fait le lit à l'atteinte tuberculeuse ; qu'elle prépare et que le B. K. déclanche les accidents.

Deux observations signalent enfin comme compli-

cation l'épithélioma. La première est rapportée par AUDRY et IVERSÈNE, la seconde par CHOMPRET et DECHAUME. Cette complication, semble cependant beaucoup plus exceptionnelle au niveau des muqueuses qu'au niveau de la peau. Le diagnostic clinique est très difficile ; la lésion est plus proliférante, plus végétante, l'adénopathie importante, devient la règle ; c'est la biopsie qui affirmera le diagnostic en montrant à côté de lésions typiques du lupus, l'existence en superficie d'un processus de dégénérescence épithéliale et épithéliomateuse.

Complications générales. — La possibilité d'une généralisation tuberculeuse est le gros danger que présente le lupus ; c'est ainsi que d'OUTRELEPONT a pu rapporter un cas de méningite tuberculeuse survenue chez un lupique ; cette éventualité est du reste exceptionnelle ; beaucoup plus souvent la défaillance de l'état général sera causée par une tuberculose viscérale concommittante provoquée chez un lupique par une maladie intercurrente ou tout autre cause de déficience organique.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La cause déterminante du lupus est connue depuis la découverte de KOCH en 1882 ; c'est à lui que l'on doit d'avoir pu rattacher le lupus à sa cause essentielle : l'inoculation de la muqueuse par le bacille tuberculeux. KOCH le premier, CORNIL, LOLOIR et d'autres auteurs ensuite, mirent en évidence le bacille dans les lésions lupiques. Dans un follicule tuberculeux l'abondance des bacilles est plus variable : très nombreux au niveau du poulmon par exemple, les B.K. sont au contraire extrêmement rares au niveau des follicules lupiques : KOCH ne les trouve dans un cas qu'à la dix-septième coupe, CORNIL sur une série de dix lupus ne le trouve qu'une fois. Chez nos malades, il ne fut pas signalé dans les résultats que nous fit parvenir le laboratoire. Cette rareté du bacille est en opposition, nous l'avons signalé, avec l'intensité des lésions locales et du processus destructif.

KOCH parvint à réaliser leur culture par ensemencement direct sur sérum : preuve irréductible de la nature tuberculeuse de l'infection.

Ces bacilles sont de virulence particulièrement atténuée. Pour DARIER, l'inoculation au cobaye échoue souvent. CORNIL et LOLOIR ont pu apporter cependant une nouvelle preuve définitive de la présence du B.K.

dans ces lésions : en partant du lupus ils parvinrent à inoculer dans certains cas des animaux.

En présence de cette rareté du bacille et de son action pathogène atténuée, LÉLOIR fut amené à rechercher un bacille spécifique à virulence amoindrie. Mais les résultats ne sont pas probants et à l'encontre de leurs recherches viennent s'inscrire le cas où des bacilles virulents ont pu provoquer des lupus torpides.

Il semble donc qu'il vaille mieux admettre que les causes de moindre virulence microbienne sont fonction d'éléments locaux et chercher dans ce sens. C'est ce que nous allons tenter de faire en passant en revue les différents moyens de défense que l'organisme oppose à l'inoculation locale du B. K. sur les régions qui nous occupent.

D'après le Professeur COLLET le lupus des muqueuses comprend 6,64 % des cas de lupus. Le nombre des observations que nous avons recueillies ne nous permet pas d'affirmer la place qui revient au lupus gingival dans ce pourcentage.

Il apparaît seulement que la proportion est très faible par rapport aux autres lupus. La localisation de la tuberculose est fort rare à la bouche, même au stade terminal ; à cette période cependant de la tuberculose pulmonaire, la résistance du malade est réduite au minimum et des quantités importantes de bacilles sont expectorées. La muqueuse buccale est ainsi « en opposition marquée avec la muqueuse trachéale, laryngée ; amygdalienne ; qui, lors des infections pulmonaires graves sont secondairement atteintes dans la moitié des

cas » (EHRARDT), cela semble tenir à différentes raisons : ce sont d'abord, les facteurs qui s'opposent à la pénétration des germes infectieux dans la profondeur de la muqueuse. C'est en première ligne, la sécrétion salivaire. Quand il n'existe pas de blessure de la muqueuse, le B. K. est mécaniquement entraîné avant qu'il puisse se fixer. Par ailleurs, la salive paraît jouer un rôle d'arrêt sur le développement des bacilles, surtout la salive parotidienne (CLAIRMONT). Certains auteurs contestent cependant ces propriétés bactéricides accordées.

Du fait de cette chasse salivaire, le contact des bacilles sur la muqueuse est trop superficiel et trop bref pour permettre son ensemencement facile.

En dehors de la salive, les nombreux leucocytes de la cavité buccale qui passent sans interruption au travers de la muqueuse agissent également comme moyen de protection, le B. K. est très facilement absorbé. S'il s'accumulait et trouvait facilement à s'implanter dans la muqueuse ce serait surtout au niveau d'érosions préexistantes, d'ulcérations, d'amincissements, or, c'est précisément au niveau de ces points où l'inflammation est inévitable que les leucocytes sont particulièrement nombreux. « Ils absorbent les bacilles, les transportent avec eux, les feront pénétrer dans l'organisme par voie sanguine ou lymphatique sans leur donner le temps de créer une lésion locale à leur point d'effraction », écrit M. ROUSSEAU-DECILLE.

La multitude des saprophytes vivant dans la cavité buccale est sans doute encore un moyen de lutte con-

tre l'infection bacillaire. Enfin, contrairement au spirochète qui a une affinité marquée pour la peau et la muqueuse, le B. K. ne trouve pas en elles un milieu très favorable à son développement. S'il parvient à s'y implanter, il perd rapidement une grande partie de sa virulence. L'expérimentation en montrant la difficulté d'inoculation à partir de ces lupus vient à l'appui de ce qui précède.

Ces différents facteurs de défense expliquent en partie la rareté des lésions primitives lupiques au niveau de la cavité buccale.

Certains facteurs semblent cependant prédisposer au lupus. Quelques-uns sont discutés. On a incriminé l'hérédité. Joue-t-elle véritablement un rôle ? VIDAL a procédé à une enquête chez les infirmiers de Saint-Louis atteints de lupus cutanés. Leurs enfants ne présentaient pas de néoplasie lupique. L'hérédité de terrain a également été invoquée. Nous ne saurions résoudre cette question. Dans les cas que nous rapportons et dans les observations recueillies que nous avons pu étudier, il n'est pas signalé de lésions tuberculeuses chez les ascendants.

Les individus jeunes offrent le terrain le plus favorable au développement de cette affection. L'un de nos malades avait cinq ans et demi. Pour FREY et CH. RUPPE ce serait entre cinq et vingt ans que ces accidents seraient le plus fréquemment observés et apparaîtraient surtout chez le sexe féminin. Sur la trentaine de cas que nous avons signalés les deux premiers concernent des femmes. Moins discutables encore pa-

raissent être les traumatismes muqueux dont le rôle semble être important ; qu'il s'agisse des réactions inflammatoires dues à l'éruption des dents temporaires ou permanentes, ou des lésions mécaniques de la muqueuse. Dans une observation de ROY, la malade eut l'impression que le premier mouvement fut une petite déchirure de la muqueuse provoquée par un corps étranger pointu. VINCENT explique ainsi le traumatisme ayant présidé au début des accidents de l'un de ses malades. « Ayant prié la malade de retirer le dentier qu'elle portait à la mâchoire supérieure, nous avons constaté que pour ce faire, elle amenait dans le sillon gingivo-nasal droit son index droit à peu près exactement au niveau des lésions lupiques constatées afin d'accrocher les bords supérieurs de son appareil. M. RODIER estime que c'est vraisemblablement au cours de la répétition de ce geste que s'est produit un véritable essaimage par le doigt de la malade ». Dans une autre observation, c'est au niveau d'une dent fracturée et infectée que se produisit le début des accidents. Chez un de nos malades, nous notons un début par blessure légère de la gencive par un petit os. M. ROUSSEAU-DECELLE a eu aussi l'occasion de traiter une jeune fille de 22 ans dont le début des lésions devait être rattachée à une blessure occasionnée également par un os ayant pénétré entre la dent et la gencive. Certains auteurs, EHRLARDT en particulier, accusent dans certains cas l'extraction qui ouvre la muqueuse créant une solution de continuité importante. C'est une cause semblable qui semble

avoir présidé aux accidents du jeune malade dont nous rapportons l'observation.

Sur cette muqueuse *a priori* résistante à l'attaque bacillaire, et activement défendue, l'inoculation est rare.

Nous avons vu les causes qui peuvent expliquer cette localisation. Nous allons maintenant rechercher quelles peuvent être les différentes voies d'apport du B. K. et sinon trancher ce problème du moins tâcher d'exposer sa complexité.

La dent peut servir de réserve microbienne par l'intermédiaire d'une carie. « Les cavités qu'elle présente alors sont assimilables aux cryptes amygdaliennes ». Dans ces cavités anfractueuses et profondes, les B. K. peuvent s'accumuler sans être balayés ni par le flot salivaire, ni par le mouvement de la langue et pénétrer ensuite plus avant par voie sanguine ou plus souvent sans doute par voie lymphatique comme l'ont montré AUFRECHT-STIL, puis SABRAZES, STAECK, COOK, HOPPE enfin. L'atteinte ganglionnaire au cours des épisodes infectieux dentaires est banale.

L'inoculation peut enfin se faire directement par l'expectoration. Les bacilles peuvent enfin pénétrer par blessure de la muqueuse, par instrument souillé comme dans le cas rapporté par EHRARDT.

Mais ces bacilles ayant pénétré dans l'organisme par la muqueuse à la faveur d'irritation ou de solution de continuité, ou par la dent à la faveur de carie, où vont-ils coloniser ? Très fréquemment cela aura lieu dans les ganglions, même les plus éloignés, par-

fois au niveau des viscères. Mais il est permis de penser qu'ils peuvent attaquer la muqueuse avoisinante, créant à ce niveau des lésions de tuberculose qui suivant des circonstances générales et de terrains évolueront sous forme de lupus ou sous forme de tout autre processus tuberculeux.

C'est la voix externe. C'est la seule qui soit admissible du reste dans le cas où le lupus est la manifestation initiale de la tuberculose.

La voie d'apport peut également être endogène. C'est sans doute fréquemment qu'elle entre en jeu : le bacille provenant d'un foyer interne de tuberculose et occasionnant une lésion banale à la suite d'une irritation plus ou moins définie. Dès lors, chez un tuberculeux pulmonaire deux processus pourraient schématiquement présider à la formation d'une lésion lupique : une voie externe par l'expectoration, ce processus agissant de dehors en dedans, et une voie vasculaire, la plus fréquente semble-t-il, provoquant une infection de dedans en dehors.

Cette hypothèse est en opposition avec les idées classiques. On a prétendu que le tuberculeux pulmonaire ne saurait être atteint de lupus. Il serait comme vacciné. Les observations que nous avons étudiées nous montrent formellement le contraire, ce sont souvent des tuberculeux pulmonaires avérés qui présentent des lésions. Il suffit pour s'en convaincre de se rapporter entre autres observations à celles d'HENNION, CHOMPRET, à deux des nôtres. Il en résulte que contrairement à une opinion assez répandue le tuber-

culeux pulmonaire peut être atteint de lupus et qu'il faut admettre que chez certains malades, le B. K. tuberculisé suivant le lupus constitue une surinfection localisée chez un sujet en état d'allergie.

En conclusion, nous pensons que si le bacille de Koch n'atteint pas souvent la muqueuse gingivale cela résulte de moyens de défenses exceptionnels à ce niveau — que tout bacillaire peut présenter une surinfection lupique au niveau de ses gencives — que le lupus révèle enfin un état général déficient, sans plus, et que si le malade était dans un état plus précaire, il ferait plutôt une tuberculose ulcéreuse qu'une forme lupique. Ceci est confirmé par les renseignements que nous avons pu obtenir dans les différents services de tuberculeux. On nous a toujours répondu que chez les cachectiques, on n'avait pas rencontré cette forme de tuberculose.

DIAGNOSTIC

Nous éliminons le lupus secondaire dont le diagnostic s'impose d'ordinaire pour n'étudier que celui du lupus primitif.

C'est un diagnostic délicat et au début les signes cliniques cardinaux ne suffisent souvent pas à affirmer la nature de la lésion, le changement de la muqueuse d'abord, une apparence inégale mamelonnée ensuite, l'évolution superficielle, enfin les accidents dentaires qui peuvent l'accompagner sont susceptibles de mettre sur la voie et doivent inciter à faire pratiquer des examens complémentaires qui, même à la période d'état, alors que les signes sont au maximum, autorisent seuls à affirmer le diagnostic.

Sans doute, il peut y avoir des cas où le diagnostic est facile. Si le malade est atteint de tuberculose pulmonaire, que ses crachats contiennent des B. K. et qu'il évoque avec précision un traumatisme gingival ou une irritation situant manifestement le début des lésions, il sera relativement aisé de porter le diagnostic : il aura suffi d'y songer.

Mais dans la majorité des cas, il faut étudier de très près tous les signes et s'entourer de toutes recherches complémentaires utiles pour le différencier avec certitude de lésions gingivales à marche chronique.

L'actinomycose se présente elle aussi avec une évolution lente, mais elle est très rare à ce niveau, ce n'est guère qu'à la période de début, lorsqu'elle est au stade de tuméfaction adhérent aux plans profonds; faisant corps avec l'os que l'hésitation serait permise; un peu plus tard, la suppuration et les grains jaunes (inconstants, il est vrai), assureraient le diagnostic.

L'épithélioma atteint les gens âgés dont l'état général est rapidement touché, cependant dans certains cas et au maxillaire supérieur, il peut avoir une évolution plus lente, ne provoquer d'adénopathie que tout à fait tardivement et s'extérioriser sous une forme papillomateuse. Le diagnostic est alors plus délicat et le problème devient plus difficile du fait même que le lupus peut se compliquer d'épithélioma et qu'il importe de dépister dès le début ces modifications tissulaires. AUDRY et IVERSENE, qui rapportent un cas de cette dégénérescence épithéliomateuse d'un lupus pensent qu'il est impossible d'affirmer un diagnostic sans une biopsie.

La syphilis. — Nous n'insisterons pas sur les manifestations primaires à évolution rapide, nous nous attacherons simplement à différencier le lupus des syphilides tuberculeuses ou tuberculo-ulcéreuses. Les premières sont des élevures de la grosseur d'une lentille, de couleur jaune brunâtre, très dures au palper et tout à fait indolores. Elles sont disposées en petites grappes formant des placards plus ou moins étendus. Les secondes présentent ces mêmes élevures, mais ulcérées au lieu d'être sclérosées. Dans l'ensemble, ces

lésions sont plus circonscrites que celles du lupus ; elles sont indurées et leur évolution ne dure que quelques semaines ; les lésions lupiques sont molles au toucher et durent des années. ROUSSEAU-DECELLE donne un dernier caractère distinctif ; le lupus récidive souvent dans la zone cicatricielle centrale, les syphilides ne le font jamais, car elles ont toujours une évolution excentrique. Si malgré ces différences le doute persistait, on pourrait avant tout examen complémentaire tenter l'épreuve du traitement spécifique.

Le diagnostic entre *la tuberculose vulgaire* et le lupus est des plus important, à cause du pronostic qui en découle. MARTEÏ conteste la dualité de ces deux affections à agent pathogène identique, à lésions histologiques fondamentales comparables, à différenciation clinique fréquemment impossible. A la même époque, ESCAT au contraire décrit les caractères cliniques qui différencient ces deux lésions : dans la tuberculose, la marche quoique chronique est la plupart du temps plus rapide ; les lésions sont infiltrées d'une façon diffuse, les intervalles qui paraissent sains entre les tissus ulcérés sont généralement reconnus infiltrés à l'examen biopsique. L'infiltration gagne les tissus profonds, respectant le tissu osseux moins que tout autre ; l'ulcération à bords nets est le siège de sécrétion plus ou moins puriforme. La cicatrisation spontanée n'a jamais lieu ; le malade souffre et son état général est mauvais. Le pronostic est grave, le traitement se montrant toujours peu efficace. Tous ces caractères cliniques s'opposent à ceux que présente le lupus.

Cependant, entre ces deux formes types à caractères opposés, il existe des cas où du fait du polymorphisme clinique, on se trouve en présence non plus de deux lésions différentes, mais d'une lésion formant transition et relevant en partie du lúpus, en partie de l'ulcération, c'est pour ces cas que le laboratoire devient indispensable, la recherche du B. K. tranchera le diagnostic, très rare dans le lúpus, il abonde dans l'ulcération tuberculeuse.

L'érythroplasie de Darier. — DARIER, : 1883. Le diagnostic se pose surtout à la période de début. La surface de la muqueuse est rouge et brillante bien circonscrite. Son évolution est lentement extensive, résistant à tous les topiques. Pour DARIER, l'érythroplasie est un « syndrome clinique qui peut être réalisé par la maladie de BOWEN des muqueuses et par d'autres états papillomateux ».

Nous avons gardé pour terminer cette énumération le *lupus érythémateux* dont la place nosographique a été longtemps discutée, deux écoles s'opposent. Certains auteurs constatant la présence de cette affection chez les tuberculeux en même temps qu'une autre localisation bacillaire, lui accordent la nature tuberculeuse ; d'autres et surtout les dermatologistes étrangers se basant sur ce que les caractères anatomo-pathologiques sont différents, qu'on ne trouve jamais de B. K. et que (*sauf une ou deux douteuses*) les inoculations ont toutes été négatives contestent à cette affection toute nature tuberculeuse.

Depuis l'observation rapportée par BAZIN en 1861 on

en trouve plusieurs autres en France et à l'étranger. PAUTRIER et PAGE en 1909 ont étudié l'anatomie pathologique du lupus érythémateux des muqueuses ; il est caractérisé en général :

a) par une kératinisation intense des muqueuses qui aboutit à la formation d'une véritable couche cornée très épaisse ;

b) Par une infiltration importante occupant corps papillaire et derme superficiel, formant une nappe uniforme paraissant constituée par la fusion de gros nodules arrondis. Les éléments cellulaires sont représentés presque uniquement par des lymphocytes et par de petites cellules conjonctives à noyaux clairs parfois des plasmazellens.

Ce sont là, somme toute, des lésions d'inflammation banale et chronique avec maximum de néoformation autour des vaisseaux qui sont parfois atteints, présentant un épaississement de la paroi et une dilatation de leur lumière. Rien ne rappelle le follicule tuberculeux avec ses cellules géantes et épithélioïdes, tandis que ce tableau présente un parallélisme remarquable avec celui du lupus érythémateux cutané, ce qui faisait écrire aux auteurs précités : « L'anatomie pathologique du lupus érythémateux paraît « une » quel que soit le point de revêtement cutané ou muqueux que touche cette dermatose ».

Cliniquement, l'opposition symptomatologique existe aussi. Occupant le plus souvent la face inférieure de la lèvre et se propageant de là aux gencives, il fait suite à un lupus facial. Il se manifeste par une teinte rouge

ou rose clair, bien limitée, tandis que dans le lupus il s'agit d'une teinte violacée à limites imprécises. L'infiltration est minime, il n'existe ni saillies ni mame-lons. LORTAT-JACOB a cependant signalé un cas de lupus à forme infiltrée dont le diagnostic aurait été surtout fait par l'existence d'un lupus typique sur la muqueuse gingivo-jugale opposée. Il n'existe pas d'ul-cération, mais une atrophie cicatricielle assez caractéristique : cicatrice déprimée ou réseau de « strie blan-châtres zébrant toute la surface », écrit M. ROUSSEAU-DECELLE.

Que conclure ? La question a été soulevée à nouveau en 1926 par LORTAT-JACOB. L'auteur n'a pas pris parti. Pour notre Maître, M. ROUSSEAU-DECELLE, il faudrait conclure à une dualité de processus.

Sans doute, le diagnostic d'avec toutes ces affections peut parfois être affirmé par la seule clinique. Mais dans certains cas, soit du fait de sa physionomie atypique, soit par suite d'une complication, soit encore qu'un traitement intempestif antérieur en ait modifié les caractères, les examens de laboratoire permettront seuls d'affirmer la nature tuberculeuse de la lésion. On procèdera d'abord à la recherche du B. K. Nous avons vu qu'il était extrêmement rare. Il faudra savoir répéter les examens. KOCH n'en trouve qu'à la vingt-septième coupe et CORNIL et LELLOIR rapportent avoir trouvé un seul bacille dans les coupes d'une série de douze lupus. Cet examen lui-même ne nous permettra pas toujours d'assurer un diagnostic hésitant puisque le B. K. peut manquer.

La réparation rapide et parfaite de la perte de substance nécessaire à une biopsie nous permettra de pratiquer sans hésiter cette petite intervention pour rechercher ce qui est essentiel : un follicule plus ou moins typique.

On doit enfin s'entourer de quelques renseignements complémentaires : une radiographie des maxillaires sera utile et pourra être complétée par celle du thorax ; on devra procéder à un examen clinique complet du malade et plus particulièrement de son état pulmonaire.

Quand on aura établi le bilan de toutes ces recherches on pourra poser un diagnostic qui permettra d'instituer le traitement d'où découlera le pronostic.

PRONOSTIC

Le pronostic doit être envisagé à un double point de vue local et général.

Quoique le lupus constitue localement, une affection relativement grave ; avec un traitement bien appliqué et bien conduit, il guérit en règle, mais la cicatrisation est le plus souvent longue à obtenir. Si dans certains cas, on a pu la voir survenir assez rapidement comme chez les malades de PLATONOFF, d'ERRARD, et chez deux de nos malades : le petit garçon de 5 ans et la jeune femme de l'Hôtel-Dieu ; le plus souvent elle est lentement et péniblement obtenue.

Il peut subsister une restauration imparfaite gênant l'esthétique ou amenant des brides.

C'est enfin un terrain toujours propice aux dégénérescences épithéliomateuses.

Au point de vue général, le pronostic est beaucoup moins grave. La généralisation étant tout à fait exceptionnelle, il est avant tout fonction de la tuberculose concomittante possible.

Le pronostic varie surtout suivant que le traitement a été institué précocement ou tardivement : appliqué au début quand la muqueuse n'a encore subi que des modifications de teinte, le traitement amène la guérison rapidement. La cicatrice est par-

faite. Si les dégâts lésionnels sont étendus ce même traitement n'amènera la guérison qu'après un temps souvent long et pourra ne pas éviter des pertes définitives de muqueuse.

Le pronostic est enfin fonction du siège du lupus : débute-t-il en plein tissu gingival, il est beaucoup plus favorable que lorsqu'il a commencé au niveau des collets : dans ce cas, on ne pourra pas empêcher parfois la mobilité des dents et leur chute ce qui peut entraîner des dégâts définitifs plus ou moins importants.

TRAITEMENT

Le traitement du lupus gengival, comme celui de toute affection tuberculeuse sera général et local.

Général. — Le lupique est un déficient, si le traitement général a peu de chances de faire, à lui seul, évoluer sa lésion vers la guérison, il interviendra pour aider grandement les interventions locales et pour parer à l'éventualité d'une généralisation toujours possible. Comme tous les tuberculeux, le lupique sera mis au repos relatif, séjour à la campagne, grand air, soleil si possible et suralimentation. Les médicaments auxquels on aura recours seront des toniques généraux (arsenic, iode). L'huile de foie de morue à haute dose (quand l'intestin la tolère) est pour BROCA la médication de choix pour ces sujets. Les injections intramusculaires de calomel en suspension huileuse, qui ne sont pas toujours efficaces, sont à proscrire chez le malade atteint de lupus de la gencive : l'élimination du médicament par une muqueuse atteinte risquant d'amener une stomatite grave. Les injections de novarsénobenzol qui n'ont pas cet inconvénient ont donné parfois de remarquables améliorations.

Les injections de tuberculine provoquent chez le lupique les mêmes désastres que chez les autres tuberculeux ; elles ont cependant été reprises par DARIER

et quelques autres qui ont obtenu parfois des résultats rapides en injectant avec une extrême prudence et à très faibles doses (de un demi à trois milligrammes) la tuberculine A. T. de Koch.

La méthode de JACOBSON employée dans les services de DARIER et de JANSELME (injections huileuses intramusculaires d'éther benzylcinnamique) a donné d'excellents résultats. La technique employée est la suivante : douze injections intra-musculaires de la solution d'éther benzyl-cinnamique 1 cc. pendant cinq jours, 1 cent. 1/2 pendant les cinq jours suivants, 2 cent. pendant les deux derniers jours ; diminuer la dose de moitié chez les enfants. Repos de quinze jours entre les premières séries de traitement, un mois de repos après la troisième si on ne constate aucune réaction générale ou locale ; les améliorations observées au niveau de la lésion sont les suivantes : l'infiltration diminue, l'ulcération se cicatrise, dans les cas même où des ganglions existaient, ils ont tendance à se résorber. La plaie prend un aspect rouge vif et a une tendance à se cicatriser.

Local. — Comme nous l'avons indiqué, malgré son utilité incontestable, le traitement général est incapable d'amener à lui seul la guérison, il faut donc avoir recours au traitement local. Si les avis diffèrent peu quand il s'agit d'instituer le régime interne, il est loin d'en être de même en ce qui concerne le traitement externe ; la multiplicité des méthodes proposées témoigne des difficultés et de l'inconstance de cette théra-

peutique ; nous allons énumérer et discuter la plupart de celles qui ont été proposées.

Topiques médicamenteux. — On a essayé presque toutes les substances caustiques (trichlorure d'antimoine, acide trichloracétique, acide chlorhydrique, acide sulfurique, chlorure de zinc, résorcine, etc.). Le permanganate de potasse en solution forte et l'acide trichloracétique ont donné de bons résultats à M. ROUSSEAU-DECELLE qui préfère néanmoins, et de beaucoup nous le verrons, les scarifications linéaires et l'ignipuncture.

Scarifications linéaires quadrillées. — On s'attaque en premier lieu aux bords pour arrêter l'extension ; on traite ensuite le lupus et sous l'influence de ces scarifications, il se forme des ilots cicatriciels ; en répétant ce traitement toutes les semaines sur les points non cicatrisés on peut arriver à la guérison définitive.

Ignipuncture au galvanocautère une ou deux séances par semaine provoquent la sclérose de toute la surface lupique.

A l'ignipuncture et aux scarifications on peut adjoindre du reste l'action des topiques médicamenteux.

Le râclage. — A l'aide de curettes de plus en plus petites s'effectue difficilement dans la bouche où la différence de résistance qu'offre la muqueuse saine comparée à celle du lupus est peu perceptible.

Intervention chirurgicale. — On a eu recours à l'exérèse chirurgicale ; dans les cas où la lésion est

limitée les résultats sont remarquables (Rox), excellents aussi chez la malade d'EHRLARDT atteinte de lupus primitif, malgré que la lésion fût déjà étendue et que l'on dût extirper les ganglions de la région sous-maxillaire dont quelques-uns étaient déjà caséeux, et porter l'intervention à la gouge jusqu'à la branche du maxillaire. La guérison survint parfaite, au bout de trois semaines ; les résultats furent moins bons, semble-t-il, chez la seconde malade de M. ROY dont les lésions déjà étendues évoluaient chez une tuberculeuse pulmonaire gravement atteinte.

Ionisation rétrograde. — Cette méthode employée surtout en Angleterre consiste à faire prendre au malade pendant trois jours de fortes doses d'iodure de potassium et à établir ensuite un circuit électrique en plaçant le pôle positif sur la lésion tuberculeuse. Ce procédé aurait donné dans de nombreux cas des résultats favorables.

L'électro-coagulation chez un malade de M. CHOMPRET qui subit plusieurs séances espacées de quinze en quinze jours semblait donner de bons résultats, mais la malade quitta Paris avant la fin du traitement.

La diathermie aurait permis à BOURGEOIS d'obtenir en deux séances la guérison par diathermo-puncture d'un tubercule volumineux. Dans le lupus des muqueuses, cet auteur préfère en général, du fait des caractères destructifs de la diathermo-coagulation l'ignipuncture plus sclérosante. C'est également l'avis

de ROUSSEAU-DECELLE et c'est, nous le verrons, le traitement qu'il préconise.

Les ultra-violets ont également été employés, mais suivant des techniques différentes. Certains auteurs font une grande dose la première fois afin de provoquer une forte réaction, d'autres préfèrent irradier la lésion en augmentant la durée du traitement à chaque séance. SAIDMANN écrit qu'après trois séances d'irradiations on observe la diminution de signes subjectifs lorsqu'ils existaient, et que la diminution des lésions apparaît entre la quinzième et la vingtième séance. PLATONOV a employé la lampe de KROMAYER dans les trois cas qu'il a publié de guérison avec longueur de séances appropriées à chaque cas. Il tentait dans tous les cas une irradiation énergique et si la réaction était trop forte, il faisait ensuite des irradiations plus courtes à long intervalle. Pour cet auteur, les effets seraient lents à se manifester, mais sûrs, alors que RAYNAL accuse les radiations d'avoir provoqué un coup de fouet aux lésions de son malade. Pour LOUSTE et MARIN (de Montréal), il serait parfois utile de procéder à des irradiations générales du corps tout entier, ce qui constituerait un adjuvant très important du traitement local.

La finsentherapie basée sur l'action inflammatoire et sclérosante des rayons ultra-violets produits par une source lumineuse intense, donne sans douleur des résultats excellents, mais les séances doivent souvent être trop nombreuses pour être curatives et pour que cette forme de traitement puisse être employée.

Enfin, la *radio* et la *radiumthérapie* donnent également de belles guérisons. Avec des doses massives, le traitement n'aboutit qu'à des résultats déplorables. En les employant à doses modérées pendant peu de séances et comme adjuvant à un traitement local, le malade en tire en règle le plus grand bénéfice.

HEYNE rapporte un cas de guérison. Nous-même avons traité ainsi trois malades : suivant la méthode employée par M. ROUSSEAU-DECELLE, deux sont guéris et nous avons largement amélioré les lésions du troisième. M. ROUSSEAU-DECELLE a toujours traité ses malades par cinq ou six séances de radiothérapie à faible dose (5H), qui peuvent compléter l'action locale de l'ignipuncture au galvanocautère. Il procède au rythme de trois séances par semaine et commence à traiter la périphérie des lésions. Il s'ensuit une sclérose tissulaire qui arrête la progression des lésions et permet de s'attaquer ensuite aux parties centrales du *lupus*.

Il est également utile de prescrire de l'iode ou de l'arsenic et si le malade la supporte, de l'huile de foie de morue. Si l'on y ajoute une suralimentation et des cures climatiques, telles que Berck (s'il n'existe pas de tuberculose pulmonaire), ou Arcachon, nous croyons que tout traitement utile aura été mis en œuvre pour aboutir à une guérison définitive avec le minimum de sequelles.

OBSERVATIONS

ROY, HENNION, FRINAULT (In thèse, HENNION).

M^{lle} N..., rentière, 51 ans.

Bons antécédents héréditaires. Père mort à 83 ans d'une congestion pulmonaire, mère morte à 63 ans d'obstruction intestinale, les antécédents héréditaires sont également satisfaisants. La malade a eu une enfance et une adolescence indemne de maladie. A 40 ans, pleurésie séro-fibrineuse « à frigore ». La malade se remet bien, et son état général est resté très satisfaisant depuis cette époque.

Au mois d'octobre 1925, la malade va consulter M. FRINAULT chargé depuis longtemps du soin de sa denture pour se faire extraire la racine fracturée de la canine supérieure droite. Cette dent est mortifiée depuis longtemps, mais il n'y a pas de réaction apicale, et aucune fistule ne se voit dans la région vestibulaire ou palatine.

L'extraction est pratiquée à ce moment, mais M. FRINAULT est frappé par l'aspect de la muqueuse surplombant cette dent, à trois ou quatre millimètres au-dessus du collet de cette canine fracturée, à la jonction de la fibro-muqueuse gingivale et de la muqueuse vestibulaire proprement dite, on voit une plaque rouge foncé, indolente, saignant au moindre contact, qui est mise d'abord sur le compte d'une gingivite tartrique buccale. Interrogée, la malade déclare ignorer totalement cette lésion de sa muqueuse, et il lui est impossible par conséquent de dire à quel moment elle a commencé.

Le traitement habituel de la gingivite tartrique est institué sans résultat. La lésion ne s'améliore pas. L'âge de la malade et l'aspect bourgeonnant et saignant de cette ulcération font craindre un épithélioma. Pourtant on ne trouve pas de ganglions indurés, et l'état général de la malade est parfait.

En 1926, la malade vient consulter notre Maître M. Roy, sa santé est toujours excellente, mais sa lésion gingivale ne rétrocede pas.

On procède à l'examen local : dans la région vestibulaire se voit une ulcération, ayant la dimension d'une pièce de 50 centimes et séparée par une bande de muqueuse saine de trois à quatre millimètres de hauteur, du rebord alvéolaire. La canine et les deux prémolaires sont absentes de ce côté. Les dents voisines sont saines et bien plantées.

Cette ulcération est de couleur rouge foncé et tant par sa couleur que par son aspect bourgeonnant, a l'apparence d'une framboise. Elle est, en effet, mamelonnée et couverte de petits bourgeons charnus qui forment un revêtement continu à la surface de l'ulcère. Ces bourgeons qui donnent à la lésion un aspect granuleux sont peu saillants et ne dépassent que très peu la surface de la muqueuse. Les bords sont assez bien délimités, pourtant on aperçoit sur la muqueuse environnante de petits mamelons, des nodules un peu plus vascularisés que le reste de la muqueuse, et que semblent traduire l'infection à distance. Le bord supérieur de l'ulcération est légèrement décollé.

Si on essuie avec un coton la surface de cet ulcère on a l'impression de l'égréner, il se produit une hémorragie capillaire en nappe. L'exploration au stylet permet de sentir l'os dénudé, mais sans lésions de nécrose.

L'ulcération mord juste une petite portion de la

fibro-muqueuse vestibulaire jusqu'au fond du sillon gingivo-labial, en respectant totalement la face postérieure de la lèvre supérieure qui repose sur elle.

Il n'y a pas d'adénopathie, pas de suppuration, à peine voit-on un petit exsudat mucopurulent entre les petits bourgeons.

Les muqueuses des parois jugales, des lèvres, de la langue et du pharynx, et les autres régions de la gencive ne présentent rien de particulier.

À l'interrogatoire, la malade affirme qu'elle ignorait totalement que sa gencive était lésée. Ceci indiquait que cette affection ne devait donner lieu à aucun symptôme subjectif.

En effet, la mastication n'est pas gênée, les sensations de chaud et de froid sont perçues, mais non pénibles. Seul, le brossage est un peu douloureux et, la malade évite de frotter ses gencives. Il n'y a aucune douleur spontanée.

L'examen général ne montre rien de particulier. Tous les organes sont sains, et on ne trouve pas de séquelles de la pleurésie antérieure.

En présence de cette lésion très localisée, sans retentissement sur l'état général, quel diagnostic pourrait-on porter ? Il n'y a aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire, l'âge de la malade et l'aspect de la muqueuse pouvaient faire penser à une tumeur papillomateuse, forme que revêt assez souvent l'épithélioma de la gencive. Mais l'absence d'adénopathie, de douleur, de salivation, la bonne santé apparente de la malade n'étaient pas en faveur de ce diagnostic. On fait une biopsie qui donne le résultat suivant :

Tuberculose de la muqueuse gingivale : au-dessous de l'épithélium, on voit un matelas de follicules tuberculeux embryonnaires dont quelques-uns sont centrés par une cellule géante.

Il s'agissait donc d'une tuberculose torpide atténuée, à marche lente sans atteinte de l'état général. Le diagnostic de lupus s'imposait. La malade se fait faire un traitement par les rayons ultra-violets pendant trois mois, avec des périodes de repos, car ce traitement la fatigue beaucoup et provoque des métrorragies qui l'effrayent.

Devant le peu de résultats obtenus, elle revient consulter M. Roy. On constate que les rayons ultra-violets, s'ils ont eu une influence fâcheuse sur l'état général de la malade n'ont aucunement amélioré la lésion. Celle-ci est stationnaire, sans tendance à l'accroissement, ou à la régression. On fait une nouvelle biopsie qui montre une réaction épithéliale assez marquée peut-être sous l'influence des rayons ultra-violets : « Follicules tuberculeux avec cellules géantes anormales, entourés de pointes épithéliales réactionnelles assez lointaines, mais sans activité nucléaires particulières. Polynucléaires dans l'épithélium, mononucléaires dans le tissu conjonctif ».

Mais à la suite de cette biopsie, assez étendue par rapport au faible diamètre de l'ulcération, notre Maître M. Roy fut frappé de la facilité avec laquelle la petite place opératoire se réparait. Il pensa qu'il pouvait tenter de guérir la malade en lui faisant une exérèse large de la muqueuse altérée. L'intervention acceptée, est pratiquée en janvier 1927 par M. Roy. Anesthésie locale par infiltration suivant la technique habituelle. L'incision porte de l'incisive latérale droite à la deuxième prémolaire du même côté. La muqueuse altérée est largement circonscrite, y compris les éléments évolutifs existant à la périphérie de l'ulcère. On détache la muqueuse à la rugine. L'os n'est pas nécrosé et il y a seulement un peu de dilatation des canaux de Havers.

Un nouvel examen est pratiqué sur la pièce opératoire : follicules rares, plasmods multi-nuclées. Réaction épithéliale prolifératrice non maligne.

En un mois, la plaie se recouvre d'une muqueuse saine et de bonne nature.

Nous avons vu la malade le 16 janvier 1928, soit un an après l'ablation de ce lupus gingival. L'état général est toujours très bon. La muqueuse est parfaitement cicatrisée à peine légèrement plus vascularisée que les tissus environnants. Elle est souple et l'examen de cette région ne révélerait rien d'exceptionnel à un observateur non prévenu. On peut considérer cette lésion comme guérie.

OBS. RÉS. — M. CHOMPRET (In thèse HENNION).

LUPUS GINGIVAL

Il s'agit d'un jeune homme. Ch. C..., âgé de 29 ans. dessinateur.

Les antécédents héréditaires de ce malade sont assez chargés et entachés d'arthritisme. Même remarque pour ses antécédents personnels, le malade présentant la plupart des manifestations décrites autrefois dans la diathèse scrofuleuse : soudure presque complète du pharynx au palais, ulcération du nombril pendant les premiers mois, suppurations cutanées répétées sur les membres, enfin à la suite d'une rougeole vers 9 ans, otite gauche suppurée ayant laissé persister une otorrhée chronique, de la lèvre supérieure et adénite cervicale ne disparaissant qu'à 14 ans.

En 1889, le malade étant alors âgé de 9 ans, commence l'affection qui nous intéresse. La lèvre supérieure œdématiée présente à droite d'abord, puis deux ans plus tard à gauche, une ulcération de forme ovulaire n'intéressant que la muqueuse et respectant la

peau ; ulcération superficielle coupée toutefois de fissures verticales profondes et douloureuses.

Le malade qui résidé à cette époque à Angers est soigné par des attouchements à l'acide lactique, des cautérisations au thermocautère, des curetages, sans succès. Le diagnostic porté à cette époque est celui de *lupus foliolé*.

L'ulcération supérieure gauche guérit au bout de trois années. L'ulcération supérieure droite et une toute semblable qui se forma bientôt sur la lèvre inférieure du même côté, guérissent toutes deux en moins de huit jours au cours d'un séjour que le malade fit au bord de la mer, et en l'absence de tout traitement. Cependant, depuis l'âge de 10 ans, des lésions ulcéreuses analogues étaient apparues sur les gencives supérieures et sur le palais et ne rétrocédaient pas en même temps que les ulcérations labiales.

Ces nouvelles lésions étaient d'ailleurs indépendantes des autres puisqu'elles avaient débuté sur le palais en arrière des incisives centrales supérieures. A 15 ans, alors que les autres lésions sont guéries, l'ulcération palatine est grande comme une pièce de 5 francs. Elle est plus profonde à bords nets, indurés. La surface est végétante et suintante, se recouvrant de fausses membranes brun noirâtre striées d'un vert jaunâtre, se détachant facilement et laissant voir une muqueuse rouge saignante.

Progressivement, la cicatrisation se fait en arrière, laissant quelques traînées blanchâtres, mais la lésion gagne à travers les espaces dentaires le vestibule buccal dans la région incisive, si bien que l'aspect de l'affection a pu faire croire qu'il s'agissait d'une stomatite localisée à cette région en rapport avec de la pyorrhée alvéolaire.

Le 27 octobre 1901, le malade vient à la consulta-

tion de stomatologie de Saint-Louis. Voici l'état des lésions à cette époque :

Le vestibule buccal dans la région incisive supérieure a pour ainsi dire disparu du fait d'une rétraction cicatricielle très nette, qui unit la gencive à la lèvre, et cela d'une canine à l'autre. La gencive et l'alvéole atrophiée en grande partie, laissent voir les incisives déchaussées profondément ; de petits bourgeons rouges bordent ces dents et occupent en particulier les espaces interdentaires. En arrière des incisives, la lésion s'étend vers le palais entre les canines sur une surface triangulaire dont le sommet est à un centimètre de l'arcade dentaire sur le raphé médian.

D'aspect blanchâtre, la lésion a des bords semés de petits bourgeons et sur toute la surface, on voit des sinuosités rougeâtres. Si on enlève avec un tampon d'ouate l'enduit blanchâtre on voit une ulcération superficielle, mais régulière de tout le triangle incisif.

Chaque matin, le malade qui ne peut respirer que par la bouche, par suite de la synéchie étendue du voile au pharynx trouve son ulcération recouverte d'une croûte noirâtre, purulo-sanguinolente, provenant du dessèchement des sécrétions de la muqueuse ulcérée.

Enfin, il n'y a pas d'induration, pas de douleurs spontanées ni provoquées. Sa muqueuse est souple.

Telle était l'aspect des lésions en 1902, lorsque le malade fut présenté à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. A ce moment, la biopsie n'avait pas été faite et le diagnostic hésitait entre une lésion hérédo-syphilitique et une lésion lupique.

Depuis, la marche de l'affection buccale, si torpide, si indolente, ne réagissant à aucun traitement local ou général permet de porter le diagnostic de *lupus buccal*. Le malade revu sept ans après (en 1909), 20 ans

après le début de la maladie, présente les lésions suivantes :

Sur la muqueuse palatine, au niveau des grosses molaires rien d'anormal ; à partir des deuxième prémolaires, la muqueuse, au voisinage du palais devient rougeâtre. Au contact du collet des incisives se trouve, sur une largeur d'un demi-centimètre, une série d'ulcérations à bords mous et mal délimités, à fonds ternes, grisâtres. Partant des incisives centrales, une traînée rougeâtre que nous avons décrite en arrière des dents, va en s'élargissant rejoindre les piliers du voile du palais ; les piliers sont accolés directement sur la paroi postérieure du pharynx et ne permettent à l'air de pénétrer dans les fosses nasales que par un infime pertuis caché par la luette.

L'examen du vestibule montre que celui-ci est disparu au niveau des incisives centrales. Il reparaît progressivement et retrouve sa hauteur normale au niveau des premières grosses molaires.

En avant de ces dernières dents, la muqueuse présente une série d'élevures très superficielles, de petits nodules rougeâtres, violacés, contrastant avec la couleur rose pâle de la muqueuse voisine.

On a dans la région incisive presque l'apparence de bourgeons charnus affaissés et accolés sur les racines des dents sans interposition de maxillaire. Ce dernier semble d'ailleurs complètement résorbé, au niveau des dents incisives centrales, il ne subsiste presque plus de tissu osseux en rapport avec les incisives latérales, et les canines elles-mêmes sont fort déchaussées. Le travail nécrosant commence déjà à découvrir le collet des premières prémolaires. Les deux centrales sont complètement ébranlées.

Les régions palatines et incisives sont complètement

indolores, le malade pouvant se brosser les dents sans éprouver aucune sensation pénible.

Il est intéressant de noter que la lésion palatine qui, il y a quinze ans s'étendait sur une largeur de deux centimètres et demi n'était plus en 1901 que de deux centimètres, et en 1909, un centimètre et demi. Par contre, la lésion qui respectait autrefois le vestibule l'a gagné progressivement et détruit complètement au niveau des incisives centrales.

Il faut noter aussi l'aspect lisse et ferme de la région cicatrisée, aspect se rapprochant de la normale au point qu'on ne pourrait croire qu'il y a eu là des lésions.

L'état général du sujet est excellent, le cœur, les poumons, tous les organes sont sains. Urines normales. L'otorrhée chronique existe toujours, les malformations du cavum ont déterminé de l'ozène.

C'est bien là une forme larvée de tuberculose, un lupus de la muqueuse.

Un examen histologique a été fait donnant les résultats suivants :

1° Coupe perpendiculaire à la face externe de la gencive : faible grossissement : deux parties ; des travées partant de la couche pavimenteuse (épithéliale) et déterminant des masses nodulaires constituées par une infiltration cellulaire, dans la profondeur cette infiltration simule le sarcome ou lymphosarcome. Dans plusieurs de ces nodules même à faible grossissement, on aperçoit des amas de cellules géantes et des foyers de nécrose.

Fort grossissement : les travées sont constituées surtout à la périphérie par des cellules polygonales du corps muqueux de Malpighi.

En profondeur, le tissu conjonctif forme par places un réticulum, à la périphérie, là où manque l'épithélium, on rencontre de nombreux vaisseaux pour la

plupart remplis de polynucléaires et dont l'épithélium est proliféré. Autour de ces vaisseaux, on trouve des cellules de tissu conjonctif et des lymphocytes.

Les nodules vus précédemment à un faible grossissement sont constitués par des fragments cellulaires rappelant les follicules clos de la rate, ou le tissu ganglionnaire. Il y a donc une grande diversité cellulaire et un polymorphisme assez considérable. Au milieu de ces follicules, il existe dans quelques cas des foyers de nécrose. Ces foyers sont circonscrits par des cellules géantes typiques. Toute la région où se trouvent les cellules géantes constitue un tubercule élémentaire avec follicules tuberculeux et dégénérescence caséeuse ;

2° Coupe parallèle à la surface externe de la muqueuse. Elle montre très nettement les travées épithéliales qui forment un véritable réticulum dans lequel sont incluses les masses cellulaires.

En résumé :

1° Tissu inflammatoire ;

2° Infiltration de nodules tuberculeux très nets.

3° Prolifération épithéliale venant de l'épidermie. Donc tuberculose gingivale avec prolifération épithéliale.

ROY et HENNION. — (In Thèse HENNION).

LUPUS GENGIVAL

M^{lle} C., couturière, âgée de 25 ans. Le père et la mère sont bien portants, la malade a une sœur de 27 ans en bonne santé.

Antécédents personnels : La malade a eu une pleurésie séro-fibrineuse du côté gauche en 1920. Il y a deux ans, vers la fin de l'année 1925, elle commence à tousser et à maigrir, et simultanément elle constate l'apparition d'une petite ulcération siégeant sur

le maxillaire supérieur au voisinage du collet de l'incisive latérale supérieure gauche. Le 10 mai 1926, elle se présente au dispensaire Léon BOURGEOIS. Atteinte de tuberculose pulmonaire ; on l'envoie à l'Hospice de Brévannes où elle séjourne quatorze mois. Le 21 septembre 1927, on la dirige sur le service de tuberculeux de l'Hospice d'Ivry. Le 6 octobre 1927, elle se présente à la consultation du Service dentaire de la Pitié.

La malade vient consulter pour son ulcération gingivale. Elle affirme qu'il y a trois ans, elle se fit soigner ses incisives cariées et qu'à cette époque, sa muqueuse gingivale ne présentait rien de particulier. Mais il y a deux ans, date de l'éclosion de ses accidents pulmonaires ; la malade eut l'impression qu'un petit corps étranger avait déchiré sa muqueuse palatine au voisinage du collet de l'incisive latérale supérieure gauche. L'ulcération se développe, et un dentiste consulté lui fait des pointes de feu pendant un mois, sur toute la gencive supérieure. N'obtenant aucun résultat, il conseille les rayons ultra-violetts dont on lui fait une seule application.

A Brévannes, on pratique des attouchements au bleu de Méthylène, sans résultat.

A l'entrée dans le service, la malade a bon aspect, et le revêtement cutané de la face ne présente pas de lésions. Il n'y a pas d'épaississement des lèvres, mais lorsque la malade ouvre la bouche, on est frappé du contraste que présente la fibromuqueuse gingivale suivant qu'on l'examine au maxillaire supérieur et au maxillaire inférieur. La muqueuse de la mandibule est pâle, presque livide, mais sans aucune autre altération, qu'une légère gingivite tartrique. La fibromuqueuse du maxillaire supérieur, par contre, attire immédiatement l'attention par sa coloration rouge vif.

Si on examine la fibro-muqueuse lésée de plus près, on voit, depuis la deuxième prémolaire gauche absente, jusqu'à la première prémolaire droite qui fait également défaut, la gencive et la muqueuse vestibulaire, légèrement tuméfiées et mamelonnées, est d'une coloration rouge framboisé.

Cette lésion étendue en nappe, remonte en haut jusqu'au fond du sillon gingivolabial où elle s'arrête en respectant la muqueuse de la lèvre qui repose sur elle. Cette muqueuse malade, qui a la couleur d'une framboise en a aussi l'aspect. Elle est mamelonnée, granuleuse surtout au niveau des bords, qui sont de coloration un peu plus foncée, et sur lesquels on voit de véritables petits bourgeons rouges de la grosseur d'un grain de mil. De place en place, on voit de petits nodules jaunâtres enchassés dans la muqueuse.

Le long des collets des incisives, au niveau du bord libre, les granulations sont plus visibles, et on trouve à ce niveau un décollement assez important de la gencive. Ce bord décollé, mais non déchiqueté, forme une sorte de gouttière, dont le lambeau antérieur, presque flottant, descend sur la face antérieure des incisives, comme on le voit dans la gencive hypertrophique. Au niveau des espaces interdentaires, le décollement est beaucoup plus marqué et les languettes gingivales se laissent facilement décoller par la sonde.

Au niveau de l'espace proximal des incisives centrales et latérales gauches on voit une ulcération semée de petits nodules rouges, bordant une perte de substance en forme de boutonnière verticale qui laisse apercevoir dans la profondeur les racines fortement dénudées de ces deux dents. C'est cette ulcération qui marque le point de départ de la maladie.

Du côté palatin, la muqueuse présente le même aspect granuleux, bourgeonnant ; elle est semée de pe-

tits nodules rouges, surtout au voisinage du bord libre. Il y a à ce niveau un décollement qui remonte sur le palais, sur un centimètre de hauteur, sauf au niveau des incisives centrales.

La muqueuse ne saigne pas, et ne suppure pas. On aperçoit seulement un enduit pultacé au fond des culs-de-sacs gingivaux.

Cette plaque d'infiltration n'a pas de limites bien nettes et se confond insensiblement avec la muqueuse saine. En haut, au niveau du cul-de-sac vestibulaire, on voit de petites ulcérations à fond rouge.

Au toucher, la muqueuse n'a pas une sensibilité beaucoup plus marquée qu'une muqueuse normale. la mastication s'effectue librement, les sensations de froid et de chaud sont normalement perçues et supportées. Il n'y a pas de douleurs spontanées. Le brossage de la gencive est seulement un peu plus désagréable et la malade s'en abstient. Les sensations de toucher et de contact sont moins bien perçues qu'au maxillaire inférieur.

Les muqueuses buccales, pharyngée, linguale, labiales sont indemnes. L'occlusion des dents est normale ; l'incisive latérale gauche est très mobile, non douloureuse, en antéverson légère. La latérale droite et la centrale gauche sont un peu mobiles. Toutes ces dents sont très déchaussées, car si l'os maxillaire ne présente pas de foyers de nécrose et de suppuration, par contre, il y a une véritable fonte moléculaire des alvéoles. C'est plutôt une atrophie qu'une nécrose, car nulle part, on ne trouve de pus, ni de séquestres. La radiographie de cette région montre d'ailleurs cette résorption assez marquée, signature de l'extension sérieuse du processus tuberculeux.

Il n'y a nulle part d'adénopathie.

L'interrogatoire de la malade nous apprend que cette

lésion est apparue en même temps que la toux et que l'expectoration, sans qu'elle puisse préciser si l'ulcération est antérieure ou postérieure à l'atteinte pulmonaire.

L'état général de M^{lle} L... n'est pas mauvais, mais elle se plaint de maigrir. Elle a un peu d'asthénie, pas d'anorexie, un peu de toux, surtout la nuit. Elle a l'expectoration nummulaire typique de la bacillose, et le bacille de Koch y a été retrouvé.

Pas de dyspnée, température à cette époque aux alentours de 37°, sueurs nocturnes assez fréquentes, pas de diarrhée. La malade a eu une légère hémoptysie le 15 mars 1927.

L'examen du thorax montre des dépressions sus-claviculaires très marquées.

A la percussion, on constate de la submatité bilatérale avec prédominance à gauche.

L'auscultation fait entendre à droite, quelques râles sous-crépitaux au sommet, une respiration diminuée à la base ; à gauche, des râles sous-crépitaux disséminés dans le poumon, au sommet pectoriloque aphone et retentissement de la toux.

La radiographie pulmonaire montre des lésions graves : infiltration parenchymateuse généralisée, surtout marquée dans les régions sous-claviculaires. Aspect en nid d'abeilles, marbrures. Légère rétraction du médiastin du côté gauche. Pas de cavernes.

Le système nerveux est normal ; le Wassermann est négatif.

Le système vasculaire est normal ; la tension artérielle un peu basse 11-8 ; avec l'appareil de Vaquez.

Enfin, on ne constate aucune lésion du revêtement cutané. En présence de cette lésion muqueuse, évoluant chez un phthisique, on pense tout de suite à la tuberculose gingivale. La lenteur de l'évolution, l'absence

de symptômes subjectifs, l'aspect chagriné, l'infiltration nodulaire et le semis de granulations visibles sur l'ulcération, l'absence de suppuration incitent notre Maître, M. Roy, s'appuyant sur l'expérience des cas analogues qu'il a déjà observés, à porter le diagnostic de lupus. Toutefois, la biopsie n'a pas été faite à ce moment, car la malade devait être présentée à la Société d'Odontologie, et on voulait conserver à la lésion son intégrité.

Encouragé par l'heureux résultat obtenu par l'exérèse totale dans le cas précédent, M. Roy se décide à pratiquer la même intervention. Celle-ci a lieu le 24 novembre 1927.

Sous-anesthésie locale, la muqueuse malade est circonscrite au bistouri et détachée à la rugine. Comme dans le cas précédent, l'os est sain, avec seulement un peu de dilatation des canaux de Havers. On sacrifie la canine, l'incisive latérale droite et l'incisive latérale gauche. A ce niveau, la région alvéolaire est en grande partie résorbée et on peut enlever à la curette une sorte de bouillie sanieuse, peu abondante, il est vrai. On ne trouve nulle part de pus ni de séquestres. Les deux incisives centrales sont respectées sous réserve d'extraction future.

Examen de la pièce opératoire : « Lupus de la gencive, tuberculosé du versant proximo-dentaire du bourrelet gingival. Le versant libre (labial ou lingual) est constitué par un épithélium normal reposant sur un chorion d'épaisseur variable.

Le versant proximo-dentaire est constitué par un tissu granulomateux bourré de follicules tuberculeux que centrent des cellules géantes, et où prolifèrent assez activement des digitations épithéliales venues de la surface. Le revêtement épithélial est, en plusieurs

points, absent, le tissu conjonctif tuberculeux arrivant alors à la surface ».

Les suites opératoires sont bonnes, la muqueuse se répare assez rapidement.

La malade est revue le 11 janvier 1927 à l'hospice d'Ivry.

La muqueuse est à ce moment entièrement cicatrisée. Elle a une teinte rouge foncé qui contraste encore avec la muqueuse pâle du maxillaire inférieur. Mais elle n'a plus l'aspect granuleux, chagriné, qu'elle avait autrefois. Entre les deux incisives centrales, on aperçoit un petit nodule jaune enchâssé dans la muqueuse, et un autre analogue au niveau du collet de la centrale droite. Sur le palais, la gencive néoformée est également très rouge et a un aspect mamelonné, mais moins granuleux qu'autrefois. Il n'y a pas de décollement ni de cul-de-sac, et la muqueuse enserre exactement le collet des dents. Pas de douleurs spontanées ni provoquées, le brossage de la gencive est devenu possible.

En somme, la lésion paraît fixée et ne semble plus avoir de tendance à l'extension, mais la présence de petits nodules jaunâtres sur la muqueuse ne permet pas d'affirmer la guérison.

La tuberculose pulmonaire évolue défavorablement l'état général est mauvais, la malade tousse et crache de plus en plus, l'asthénie et l'amaigrissement augmentent, la température monte à 39° presque tous les soirs.

Qu'il nous soit permis de préciser quelques points de cette observation.

Cette malade a été traitée à l'Hôpital Lariboisière fin 1925 et début 1926 pour un lupus de la région de l'incisive supérieure gauche à la période de début. Le

traitement consista en ignipuncture, scarifications linéaires et en deux ou trois séances de radiothérapie légère. En avril 1926, la malade était très grandement améliorée. A cette époque, elle entre dans un sanatorium. En vue de la continuation du traitement, il lui fut donné une note indiquant qu'elle était atteinte de lupus, très amélioré déjà et qu'il était indispensable de continuer le traitement, ce qui malheureusement ne fut pas fait.

LUPUS PRIMAIRE BUCCAL (1)

Par MM. CHOMPRET et SASSIER

Une jeune fille âgée de 22 ans vint nous consulter à Saint-Louis, au mois de mai dernier, pour une ulcération indolore du plancher de la bouche qui l'inquiétait fort.

Elle s'inquiétait d'autant plus que jusqu'alors sa santé avait été excellente. Jamais elle n'avait présenté le moindre trouble pathologique. Arrivée de province, où elle avait vécu jusqu'alors, en octobre dernier, c'est un mois après, en novembre, qu'elle s'aperçut par hasard, en passant la langue sur ses arcades dentaires de la présence d'un orifice au niveau de l'espace interdentaire séparant la première et la seconde prémolaire inférieure droite. Elle n'y prêta pas grande attention. D'ailleurs, elle ne souffrait pas des dents. Les aliments chauds ou froids n'éveillaient aucune douleur, les mouvements nécessités par la prononciation et la mastication s'effectuaient normalement, et cette

(1) Communication à la Société de Stomatologie. Séance du 18 juillet 1927.

jeune fille laissa évoluer son mal sans y prendre garde.

Cependant, celui-ci s'étendait de plus en plus, lentement, mais sans rémission, dépassant de chaque côté l'espace interdentaire pour gagner progressivement, en fer à cheval, la région vestibulaire d'un côté et le plancher buccal de l'autre. L'apparition d'un abcès, par infection secondaire probable, développé au niveau de cette région, amena la malade à aller consulter un dentiste en ville. Celui-ci incisa la poche, prescrivit de grands lavages de bouche, des attouchements à la teinture d'iode, mais, frappé par l'aspect de l'ulcération buccale, l'engagea à aller se faire examiner à Saint-Louis.

Quand cette malade vint nous voir à l'hôpital, en mai dernier, on constata, en effet, au niveau du plancher de la bouche, à droite, immédiatement en regard de la région alvéolaire correspondant aux molaires, prémolaires et canine, une plage oblongue, ulcérée, d'une longueur de trois à quatre centimètres. Elle est recouverte d'un enduit grisâtre que l'on détache facilement avec un tampon d'ouate, et on aperçoit alors sa coloration pâle, tranchant avec celle plus rouge, de la muqueuse avoisinante.

Presque linéaire au premier abord, elle présente du côté lingual des bords décollés, non déchiquetés, rosés, recouverts de petits bourgeons minuscules mollasses, et débordés par l'espace interdentaire sur le rebord vestibulaire correspondant. Du côté vestibulaire, la région est parsemée de tout petits bourgeons charnus, rouges et mous.

Avec un abaisse-langue, on déplisse, sans provoquer aucune douleur, les contours de l'ulcération, et l'on tombe, assez profondément, sur un fond rougeâtre, inégal et granuleux.

Le palper bidigital, absolument indolent, ne provoque pas de saignement de la muqueuse. Il permet de constater que la base de l'ulcération est souple, et qu'à l'entour, le plancher de la bouche n'est pas infiltré.

En examinant les arcades dentaires, on trouve deux prémolaires et une dent de six ans décollées, très ébranlées. Seule, la seconde prémolaire ne réagit pas aux agents thermiques, et elle est tellement mobile que l'on doit l'extraire dès le premier jour. Elle est, d'ailleurs, d'apparence normale et ne présente pas de trace de carie. L'exploration au stylet nous fait tomber sur un os dénudé, mais résistant.

D'autre part, toutes les autres dents sont saines, solidement implantées ; l'articulé se fait bien, et le reste de la cavité buccale, commissures, muqueuse jugale, région palatine, langue, vestibule du côté gauche sont indemnes de toutes lésions. La gorge est saine. On ne trouve ni hypertrophie tonsillaire, ni végétations adénoïdes. La voûte osseuse ne présente pas de déformations.

Les territoires ganglionnaires sous-maxillaires, jugulo-carotidiens et sous-mentaux ne sont pas engorgés.

En interrogeant la malade, on apprend qu'elle était la cadette de deux enfants en parfaite santé, que ses parents étaient bien portants et qu'elle-même n'avait jamais été malade. Elle était simplement gênée depuis le jeune âge par un strabisme convergent, qui semble être congénital, et pour lequel elle avait été opérée, il y a deux ans, à Montpellier.

L'examen général complet ne nous fournit que des signes négatifs. En effet, la clinique ne décèle aucune lésion au niveau du poumon, et la radioscopie permet de constater que les champs pulmonaires sont de transparence normale. Le cœur, le foie et la rate semblent sains. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Les réflexes patellaires, achilléens et pupillaires sont normaux.

On fait pratiquer un examen ophtalmologique, qui montre des voies lacrymales saines. Quant à l'examen endonasal, il ne révèle aucune lésion, tant au niveau du méat moyen que des cornets inférieur et moyen. Enfin, la malade ne présente aucun trouble acoustique.

Voilà donc une lésion d'apparence absolument primitive, ayant évolué lentement sans bruit, d'une façon particulièrement indolente, ce qui nous permet par là même d'éliminer dès l'abord les affections aiguës buccales, stomatites, zona, etc...

Dans le plan des affections à marche chronique, c'est à la syphilis ou à la tuberculose que cette lésion ressemblait le plus.

Certes, on pensa à la possibilité d'un néoplasme ; mais la lenteur de l'évolution, l'aspect de l'ulcération, en particulier, la souplesse, l'absence d'adénopathie, et puis, malgré tout, le jeune âge de la malade en rendaient le diagnostic bien improbable.

Une actinomycose ? on y songea également, étant donnés surtout les caractères polymorphes de cette affection. Mais l'ulcération ne donnait pas cette sensation de tumeur conglomérée ; ligneuse, si caractéristique. Elle n'adhérait pas au plan profond, ne présentait pas de foyers de supuration, pas de grains jaunes, d'ailleurs si inconstants.

Il ne pouvait guère s'agir que d'une lésion spécifique, non pas dans le plan de ses manifestations rapides primaires ou secondaires, mais dans celui des lésions tertiaires à allure torpide, comme celles produites par l'hérédosyphilis, ou d'une lésion tuberculeuse à marche lente.

Mais, d'une part, on ne relevait dans les antécédents de la malade et de sa famille aucun trouble patholo-

gique. Elle ne présentait aucune des déformations crânio-faciales ou bucco-dentaires de l'hérédo-syphilis, et seul le strabisme pouvait prêter à discussion quant à son étiologie. D'autre part, elle ne toussait pas, ne crachait pas, n'était entourée d'aucune personne tuberculeuse, respirait bien, et l'auscultation ne révélait aucun souffle ou craquement anormal.

Il demeurait difficile d'établir un diagnostic entre un syphilome en nappe, un épithélioma papillaire à marche lente ou un lupome buccal, sans des examens de laboratoire complémentaires. Aussi, en même temps que l'on excisait l'un des bords de l'ulcération pour biopsie, on ensemença l'un des fragments sur milieu de SABOURAUD, on fit une prise de sang et on pratiqua un examen microscopique direct. On n'inocula pas de cobaye.

Trois fois, les réactions de Wassermannn, dont la dernière réactivée, furent négatives.

L'examen direct ne révéla que quelques microbes banaux : staphylocoques, fusaux-spirilles, etc., mais ne permit pas de déceler de bacille de Koch.

Les cultures sur milieu de SABOURAUD demeurèrent stériles.

Par contre, les résultats de la biopsie pratiquée par MM. le Docteur CIVATTE donnèrent la conclusion suivante : au-dessous de l'ulcération, le derme a toute son épaisseur occupée par un tissu d'infiltration au milieu duquel on voit des îlots de cellules épithélioïdes avec d'énormes cellules géantes.

Vers les bords de l'ulcération, et même au-dessous de la muqueuse intacte, on retrouve ce même tissu, mais il est distribué en nodules isolés et parfaitement limités; enserrés dans du tissu fibreux sans réaction inflammatoire appréciable comme dans le sarcoïde de BOECK. Seulement là d'énormes cellules géantes beau-

coup plus volumineuses que celles observées dans le sarcoïde de Boeck, ne permettent pas la confusion.

Au total : une lésion qui rappelle beaucoup l'ulcère tuberculeux de la langue, mais avec une limitation très remarquable des follicules à la périphérie, d'où l'on peut inférer qu'il s'agit peut-être d'un processus qui ne serait pas très virulent.

En même temps, on fit faire une radiographie. Elle ne montra qu'une fonte de rebords alvéolaires correspondant à la région malade, la partie du maxillaire sous-jacent ayant conservé son opacité habituelle. En somme, les lésions osseuses étaient peu appréciables, mais leur existence prouvait cependant que le processus morbide était plus virulent qu'il n'apparaissait au premier abord. Il commandait un traitement énergique, mais en pareil cas, le médecin se trouve toujours un peu désarmé. Les attouchements à la créosote, au nitrate d'argent, au chlorure de zinc, en irritant continuellement la région, n'étaient-ils pas de nature à donner un coup de fouet à une affection torpide bien tolérée, comme on l'a parfois observé ?

La thermo-cautérisation et la radiothérapie furent rejetées, en raison des résultats souvent infidèles auxquels elles donnent lieu.

Aussi, étant données les guérisons totales obtenues, depuis peu, sur des ulcérations buccales tuberculeuses secondaires à des lésions pulmonaires, par électro-coagulation, c'est à celle-ci que l'on eut recours. On confia la malade au service de radiothérapie de Saint-Louis, et là, après anesthésie régionale à l'épine de Spix, on pratiqua une première séance d'étincelage au début de juin. Depuis, ces séances se sont répétées trois fois. Après chacune d'elles, on laissa reposer la malade quinze jours. Il va falloir encore attendre un certain temps, avant de pouvoir conclure à l'effi-

cacité de ce mode de thérapeutique. Mais n'est-ce pas déjà un résultat que d'avoir circonscrit un mal qui se propageait progressivement depuis novembre et qui, à partir de juin, n'a pas marqué de tendance à l'extension. D'autre part, l'ulcération est moins profonde qu'il y a deux mois.

La malade a subi son traitement à l'Hôpital Saint-Louis jusqu'en novembre 1927. Les lésions muqueuses étaient en très bonne voie de guérison. La malade a quitté Paris pour Montpellier à cette époque.

UN CAS DE LUPUS GINGIVAL

Par le Docteur VINCENT.

En raison de la rareté de la localisation du lupus à la muqueuse gingivale, M. RODIER m'a prié de présenter cette malade à la réunion de ce jour (1).

Il s'agit d'une malade âgée de 38 ans, exerçant la profession d'institutrice, qui, traitée à Saint-Louis depuis trois semaines dans le service de M. LEMAITRE pour un lupus du nez, s'est présentée à la consultation de M. RODIER, demandant à se faire extraire les racines de ses deux incisives latérales supérieures.

A cette occasion, nous avons constaté sur la muqueuse, tout près du sillon naso-labial, de la première molaire supérieure droite à l'incisive centrale droite, des lésions qui nous ont paru caractéristiques d'un lupus muqueux. Dans l'espace compris entre le bord méso-vestibulaire de la première molaire supérieure droite et la partie médiane de la face vestibulaire de la canine supérieure droite, il existe une première érosion de forme ovalaire, à grand diamètre transversal d'environ deux centimètres. Elle est accolée à une deuxième

(1) Communication à la Société de Stomatologie.

de forme presque circulaire, d'à peine un centimètre de diamètre. Toutes les deux offrent un aspect inflammatoire rouge framboisé dans leur ensemble et sont limitées par un bourrelet légèrement saillant, plus foncé, leur surface est granuleuse, parsemée d'un fin semis gris jaunâtre, d'ailleurs également perceptible sur la muqueuse gingivale environnante.

Au niveau de l'espace interdentaire compris entre la première et la deuxième incisive droite supérieure, dans le prolongement des érosions de la muqueuse déjà décrites, on remarque une petite élévation de forme lenticulaire, d'un centimètre environ de diamètre, offrant à première vue l'aspect d'une fistule. Elle porte une ulcération centrale d'aspect gris jaunâtre à bords nets. Au toucher, toutes ces lésions sont de consistance molle. Leur examen, ainsi que celui des muqueuses environnantes, à la plaque de verre, décèle des éléments lupiques.

Il est à noter que l'incisive centrale supérieure droite et la canine supérieure gauche n'ont plus de vitalité.

Un an avant l'apparition du lupus nasal, la deuxième incisive droite supérieure s'est fracturée spontanément, la couronne étant, au dire de la malade, saine. Le même accident s'est produit un mois plus tard pour l'incisive latérale supérieure gauche. Peu après, ses dents antérieures, qui avaient jusqu'à cette époque, échappé à la carie, l'ont obligée à avoir recours aux soins d'un dentiste, malgré qu'elle n'en ait jamais souffert. Des reconstitutions partielles ont été faites sur ses incisives centrales, et la malade ne se souvient pas d'avoir subi de dévitalisation ou de soins des canaux ; aucune trace de trépanation n'est d'ailleurs apparente.

La malade, célibataire et nullipare, possède d'excel-

lents antécédents héréditaires, collatéraux et personnels.

En 1902 seulement, elle a été atteinte d'un larmolement permanent qui aurait nécessité le cathétérisme du canal lacrymal et ultérieurement une intervention chirurgicale sur les glandes lacrymales (sans doute la résection totale). Il n'aurait pas été fait de biopsie.

Pendant la guerre, la malade se surmène à l'occasion de son travail, en 1916, et en quelques mois perd 5 kil. En juillet 1916, elle fracture sa première incisive (incisive latérale supérieure droite) et apparaissent les troubles dentaires déjà décrits.

En 1917, elle remarque sur son nez un « bouton » qu'elle néglige pendant un an.

En 1918, elle consulte à Nancy à ce sujet. Incrédule à l'efficacité du traitement qui lui est prescrit (cautérisations ignées et teinture d'iode gaiacolée), elle a recours à une médication empirique.

Enfin, le 1^{er} novembre 1921, ses lésions ne cessant de s'aggraver, elle vient à Paris et est dirigée chez M. LEMAITRE.

Le diagnostic de lupus nasal est posé et l'étendue des troubles locaux précisée : large destruction de la cloison cartilagineuse, atteinte des cornets, notamment le cornet moyen à droite et l'inférieur à gauche, destruction du cul-de-sac antérieur du vestibule nasal.

Elle subit trois séances de finsenthérapie et le 18 novembre, vient à la clinique de M. RODIER où les racines de ses deux incisives latérales sont extraites.

L'examen général de la malade ne permet pas de déceler d'autres bacillôses de la peau ou des muqueuses. Toutefois, de la région sous-angulo-maxillaire au creux sus-scapulaire, de gros chapelets ganglionnaires sont perceptibles, mais on ne trouve rien au

niveau des ganglions lymphatiques des autres régions.

Le corps thyroïde est volumineux et la malade présente des symptômes très nets de basedowisme fruste, exophtalmie, signe de Moebius, tremblements, tachycardie.

L'examen de l'appareil respiratoire ne décèle pas de lésions bacillaires, mais quelques troubles dus à une adénopathie trachéo-bronchique, notamment à droite.

Il n'y a rien à signaler du côté de l'appareil génito-urinaire.

Il n'a pas été pratiqué d'examen radiographique ou radioscopique.

Cette observation est intéressante à plus d'un chef. On suit nettement la marche des lésions. L'invasion tuberculeuse a vraisemblablement débuté au niveau des glandes lacrymales. A leur ablation a succédé une période de rémission.

A l'occasion d'une défaillance de l'état général, l'infection a repris son activité par voie lacrymo-nasale jusqu'à la peau. Mais il est permis de se demander comment les lésions lupiques ont pu atteindre la paroi gingivale où leur localisation n'est que très exceptionnellement signalée. M. RODIER ayant prié la malade de retirer le dentier qu'elle porte à la mâchoire supérieure ; nous avons constaté que, pour ce faire, elle a amené dans le sillon gingivo-nasal droit son index droit à peu près exactement au niveau des lésions lupiques constatées, afin d'accrocher le bord supérieur de son appareil.

M. RODIER estime que c'est vraisemblablement au

cours de la répétition de ce geste que s'est produit un véritable essaimage produit par le doigt même de la malade.

Il est enfin intéressant de noter, au cours de cette manifestation de tuberculose atténuée, la coexistence d'un basedowisme fruste, témoin de la réaction déjà signalée de la glande thyroïde au cours de l'invasion tuberculeuse.

UN CAS DE LUPUS GINGIVAL

Par Th. RAYNÁL, de Marseille

Les observations publiées de lupus des gencives ne sont pas très rares. Toutefois, il arrive que ces lésions soient méconnues et qu'elles soient qualifiées de « gingivite », ce qui n'est pas inexact, mais seulement incomplet. C'est ce qui s'est passé dans l'observation qui nous occupe.

M^{lle} R..., sans profession, âgée de 23 ans, née et habitant la Corse, se présente à ma consultation, munie d'une lettre de son médecin habituel, qui, lassé de ne pas parvenir à la guérir d'une gingivite très rebelle, l'envoie sur le continent en proposant un traitement éventuel par du radium.

J'examine cette jeune personne, et, dès qu'elle ouvre la bouche on reconnaît l'odeur caractéristique des stomatites. Pas de tartre, aucune lésion dentaire, pas même de dents ayant reçu des soins. Toutes les dents sont normales, en place, mais il existe cependant une brèche dans la continuité de l'arcade dentaire en bas et à droite, due à l'absence de trois dents disparues par avulsion : la deuxième

prémolaire, les première et deuxième grosses molaires inférieures droites.

Un certain nombre de ces dents, particulièrement le groupe des incisives inférieures, paraissent allongées par suite d'une résorption accentuée du bord alvéolaire osseux et du revêtement cutanéomuqueux. L'anneau de KOELLIKER et la languette interdentaire, à ces endroits, ont disparu. Au contact léger du miroir d'exploration, on constate que toutes ces dents sont fortement mobiles et impropres, du fait de cette mobilité, à un usage quelconque ; elles cèdent sous la pression et reprennent aussitôt leur place dès qu'on abandonne le contact. Le déplacement antéro-postérieur atteint environ 5 m/m. dans chaque sens. Sur le restant des arcades, les autres dents sont fixes et bien moins dénudées qu'au niveau du groupe incisive. Mais celles-ci présentent chacune, au niveau de ce qui fut le collet, une sorte de petit clapier tubulaire, sans suppuration, mais où la sonde s'enfonce aisément jusqu'à la moitié ou au tiers de la racine.

Les lèvres, la langue, les joues, la voûte et le voile palatin sont normaux. Les gencives, par contre, présentent un aspect inhabituel. Au maxillaire inférieur, une lésion érosive s'étend depuis la première prémolaire inférieure droite jusque vers la deuxième grosse molaire inférieure gauche, tant du côté vestibulaire que du côté lingual. Cette lésion s'étend jusqu'au fond du sillon vestibulaire. Toute la hauteur du bord alvéolaire restant envahie, et même la lésion déborde en certains points sur le plancher buccal.

Seule, la région du bord alvéolaire où les dents manquent est indemne et d'aspect normal ; il se trouve là un tissu cicatriciel normal après de larges extractions.

Au maxillaire supérieur, la même lésion érosive se trouve, un peu moins étendue cependant, depuis la

deuxième grosse molaire supérieure droite jusque sur les prémolaires supérieures gauches. Les dents ne sont pas subluxées comme en bas, elles ne présentent pas l'aspect d'élongation et ne présentent pas de mobilité anormale. Du côté palatin, il n'y a rien à signaler qu'une simple bandelette inflammatoire rougeâtre, qui suit le long de la ligne des collets et d'une largeur d'environ deux millimètres. Mais, du côté antéro-externe, toute la hauteur du bord gingival, jusqu'au fond du sillon vestibulaire, est envahie par le processus érosif.

A la palpation du territoire ganglionnaire correspondant, on trouve de chaque côté un petit réseau de petits ganglions sous-maxillaires, mais on n'en trouve pas ailleurs (nuque, prétragus, etc.).

Partout où elle existe, cette lésion gingivale présente les mêmes caractères. Elle se manifeste sous l'aspect d'un placard érodé, rouge vif, à bords irréguliers ; il semble que la gencive a été dépouillée de son revêtement épidermique. Cette érosion ne s'étend pas en profondeur, mais plutôt en surface. Vers le plancher de la langue, sur le sillon vestibulaire et particulièrement le frein labial, elle semble un peu plus bourgeonnante, et on a l'impression qu'il y a une tendance du tissu à réagir. A ces niveaux, il s'est même formé des crêtes qui alternent avec des fistules, donnant à ces endroits un aspect scrotal. Partout ailleurs, l'aspect est granuleux et, un peu partout, on reconnaît de petites ulcérations d'apparence récente, qui voisinent avec de petits boutons jaunâtres du volume d'un grain de mil. Parfois, ces petites ulcérations se confondent par leurs bords et il en résulte alors une ulcération plus étendue.

Aussi bien en haut qu'en bas, les bords de l'ensemble de la lésion manquent de netteté et sont constitués

plutôt par une bande rougeâtre un peu gonflée et irrégulièrement festonnée.

Il n'y a habituellement pas de vives douleurs de la muqueuse lésée, sauf lors de la mastication d'aliments durs, et aucune douleur dentaire, ni spontanée, ni provoquée. Mais la mobilité des dents est suffisante pour constituer un motif, pour la patiente, de ne rien mâcher qui puisse offenser ses gencives, en sorte que, pratiquement, on peut dire qu'il n'y a plus de douleurs. Les aliments sucrés, chauds, froids ou vinaigrés sont indolores.

Interrogée, la malade nous expose que, vers l'âge de 9 ans, une molaire temporaire, en bas, à droite (là où il y a maintenant une brèche) était chancelante par suite du mécanisme physiologique normal. Elle fit tomber la courone caduque en s'aidant de son ongle. Mais la petite plaie qui en résulta ne se cicatrisa pas, et il resta à cet endroit, sur la gencive « comme un petit point blanc ».

C'est cette minuscule lésion qui, lentement et progressivement, s'est étendue d'abord sur la mâchoire inférieure, puis, ultérieurement, sur la gencive supérieure.

Après quelque temps, le médecin qui la soignait supposa que peut-être cet état gingival pourrait bien être en relation avec un point de départ dentaire, et il proposa l'extraction des dents de 12 ans, de 6 ans et de la deuxième prémolaire. La patiente se souvient, ou il lui a été répété, que les trois dents enlevées paraissaient saines et n'étaient point cariées. Deux ans après cette opération, une plaie persistait encore sur l'emplacement des organes enlevés. On procéda alors à un curettage énergique de la muqueuse et de l'os sous-jacent. A la suite de cette intervention, le comblement s'est produit et, depuis, un tissu de cicatrice normale, oc-

cupe encore aujourd'hui le large hiatus interdentaire. Mais, tout autour de cette zone, la lésion s'est étendue et a gagné peu à peu jusqu'à occuper toute la surface qu'elle présente aujourd'hui.

Contre cette lésion considérée comme une gingivostomatite, tous les traitements classiques furent tentés, et la patiente nous dit que c'est par plusieurs centaines qu'il faudrait compter les pointes de feu qui y furent appliquées.

Poursuivant l'interrogatoire, la patiente nous dit que son père et sa mère sont encore vivants et en bonne santé. Elle a perdu son oncle, mais il avait soixante-seize ans. Elle a également un frère et une sœur qui sont dans un état de santé normal, mais elle a perdu un petit frère qui avait deux ans (de convulsions, ou de méningite ?). Personnellement, elle a eu toutes les petites maladies de l'enfance (coqueluche, rougeole, etc.), mais pas de grandes infections. Etant âgée de 14 ans, elle a reçu un choc violent sur la poitrine. Quelques jours après, elle a fait une hémorragie pulmonaire, toussant et rejetant du sang rouge vif. Le médecin alors consulté aurait déclaré, dit-elle, qu'il s'agissait d'une « congestion de règles » (hémorragie supplémentaire). Depuis cette époque, elle déclare s'enrhumer facilement, elle doit se soigner et, chaque hiver, prendre de l'huile de foie de morue. Elle prend également des préparations opothérapiques (ocréine). Il y a lieu de noter que, actuellement, elle n'est plus, au moment de notre examen, réglée, et ce depuis deux mois, sans que l'hypothèse d'une grossesse puisse être envisagée.

Il n'a pas été fait de Bordet-Wassermann.

Les constatations faites, la chronicité et l'ancienneté de l'affection et surtout la présence du semis de points jaunâtres induisaient à penser qu'il s'agissait

d'une lésion à bacilles de Koch. Pour assurer cette opinion, j'ai effectué une biopsie sous-anesthésie locale, et le laboratoire, après examen, nous fit parvenir la note suivante : La biopsie qui nous a été donnée à examiner a montré, à l'examen histologique des coupes, au-dessus de la muqueuse gingivale, une inflammation du type chronique très accusée dans laquelle on rencontre de nombreux lymphocytes, des cellules épithéliales, des follicules et quelques cellules géantes qui paraissent au centre caractéristiques d'une inflammation tuberculeuse. Nous n'avons trouvé aucune autre lésion, ni épithéliomateuse ni sarcomateuse, qui puisse faire penser, soit à un épithélioma, soit à l'épulis.

Le diagnostic de tuberculose gingivale à forme chronique se trouve donc irrécusablement confirmé.

J'ai fait ensuite examiner l'état général de la patiente par le médecin général, qui n'a rien noté de particulier. Une radiographie pulmonaire montre simplement d'assez nombreuses taches crétaées. Une fois le diagnostic porté, le médecin général qui s'est, ensuite occupé d'elle lui a fait subir un certain nombre de séances d'actinothérapie ultra-violette. Ce traitement ne semble pas avoir apporté, au contraire, d'amélioration, dans l'état gingival. Même il semble qu'à la suite de ce traitement, il y ait eu une sorte de coup de fouet donné aux lésions. La dernière fois que j'ai pu l'examiner, il m'a semblé que l'aspect de l'érosion avait un caractère torpide moins accusé et qu'elle présentait un aspect plus ulcéré, en un mot un regain d'activité érosive. Peut-être est-ce là une réaction salutaire ? La suite le démontrera. Si, comme il est à craindre, cette patiente vient à nouveau réclamer des soins, nous nous proposons de tenter avec prudence, un traitement par la diathermothérapie.

Cette observation corrobore l'opinion des auteurs :

que le lupus gingival est une affection tuberculeuse à marche lente et non incompatible avec une très longue période d'état de santé par ailleurs assez satisfaisant. Par contre, elle ne cadre pas avec ceux qui estiment qu'il s'agit là d'une lésion bacillaire secondaire, ni avec ceux qui considèrent l'apparition d'une tuberculose de la gencive comme d'un pronostic fâcheux. Cette opinion paraît exacte lorsqu'il s'agit, comme dans le cas particulier, d'une tuberculose à forme lupique. Ce qui, bien entendu, ne veut pas dire que l'avenir de cette malade soit bien sûr.

Enfin, certains auteurs estiment que le lupus buccal coïncide *toujours* avec un lupus des téguments. Il n'en est pas ainsi dans le cas qui nous occupe. Notre cas semble plutôt correspondre à l'opinion de ZIMIER cité par NIMIER, qui considère la tuberculose gingivale comme une lésion tuberculeuse primitive et que les autres manifestations (pulmonaires ou autres) ne font que suivre et accompagner la lésion.

Quoi qu'il en soit, dans le cas particulier, la thérapeutique semble assez restreinte ; elle ne peut même pas se borner aux symptômes et il ne paraît pas aisé de proposer à cette jeune patiente un traitement curatif vraiment satisfaisant.

TUBERCULOSE GINGIVALE PRIMITIVE APRÈS EXTRACTION DENTAIRE

OBS. d'O. EHRHARDT parue dans *Deutsche Medizinischer Wochenschrift*, 1911.

L'auteur envisage dans une première partie de la communication, l'étiologie possible de la tuberculose buccale, puis il cite l'observation suivante :
« Une fillette de 9 ans, née de parents bien portants, a toujours été en bonne santé. On n'a jamais remarqué en particulier de réaction ganglionnaire, ni de

signes pulmonaires. Il y a trois mois, la fillette eut une prémolaire cariée extraite par un dentiste. La plaie alvéolaire ne se cicatrisa pas, si bien qu'après quelques jours le médecin de la famille fut consulté et prescrivit des bains de bouches désinfectants. Malgré cela il se produisit un gonflement de la région alvéolaire correspondant au lieu d'extraction. Pour finir, apparut un gros ganglion dans la région sous-maxillaire, peu sensible à la pression, et quelques ganglions plus petits dans la région carotidienne correspondante qui, de même qu'au médecin traitant me firent faire le diagnostic et prescrire le traitement.

La mère est inclinée à soupçonner une contamination des foyers d'extraction par des instruments malpropres. L'opérateur en question ne stérilise pas ses daviers.

L'examen soigneux que nous avons pratiqué ne montre chez cet enfant robuste et de bonne santé aucune atteinte des organes internes. L'état pulmonaire en particulier est tout à fait normal. En dehors des territoires ganglionnaires envahis précités tous les autres sont indemnes. Dans la région sous-maxillaire droite fait saillie un ganglion dur de la grosseur d'une noix qui est légèrement sensible à la pression. On perçoit autour d'autres petits ganglions. La moitié droite du maxillaire inférieur est épaissie, le gonflement est maximum au niveau de la dent extraite et en superficie, mais se continue également sur le maxillaire lui-même.

A l'ouverture de la bouche on voit la deuxième prémolaire circonscrite d'une bordure de granulations de deux millimètres environ. La muqueuse entourant ces granulations qui paraissent provenir de l'alvéole s'arrête par des bords fortement infiltrés. Dans la muqueuse de chaque côté de la plaie alvéolaire centrale sont encastrées des nodules gris jaunâtres, qui appa-

raissent particulièrement nets lorsque l'on tend la muqueuse et qu'on produit un certain degré d'ischémie.

Après cet examen macroscopique, le diagnostic était très facile ; il s'agissait d'une tuberculose primitive de la muqueuse buccale avec atteinte secondaire des ganglions lymphatiques de la région. La lésion muqueuse présentait le type d'altération connu sous le nom de « lupus des muqueuses ».

La thérapeutique découlait du diagnostic. Il s'agissait d'abord d'enlever par une intervention chirurgicale toutes les zones fortement et profondément intéressées. On procédait également à l'exérèse des ganglions de la région sous-maxillaire : les plus gros étaient déjà caséux. On excisa également la muqueuse partout où elle était malade. La deuxième prémolaire fut extraite et la portion alvéolaire réséquée à la pince gouge aussi bas que cela fut possible. Il existait une raréfaction osseuse marquée à tel point que la résection devait être poussée jusqu'au corps même de la branche mandibulaire.

La guérison survenait sans incident en trois semaines. Un examen ultérieur nous montrait une cicatrisation tout à fait normale et aucune autre localisation de tuberculose.

D'après l'anamnèse et la façon d'être, il ne peut pas être mis en doute, que l'infection de la plaie d'extraction s'est faite par voie exogène. Il n'y avait au moment de l'intervention aucune modification tuberculeuse apparente des champs pulmonaires. Pas plus que des zones ganglionnaires du cou. La localisation à la gencive et à la région alvéolaire constituait l'unique foyer de tuberculose.

L'auteur envisage ensuite la possibilité d'infection des plaies alvéolaires par les bacilles tuberculeux contenus dans les caries avoisinantes, mais il conclut que

dans le cas présenté la contamination fut sûrement exogène et fort probablement apportée par les instruments dentaires. L'auteur termine en disant :

Dans tous les cas cependant, l'observation rapportée peut servir d'avertissement pour exiger toujours une désinfection soigneuse de tous les instruments. Les médecins savent déjà combien l'on doit être soigneux à ce sujet.

TUBERCULOSE GINGIVALE PRIMITIVE

Observation qui nous a été communiquée par le Docteur LEPROUST.

En mars 1932, M. A..., que nous voyons pour la première fois, vient nous consulter pour extraction d'une dent de six ans supérieure gauche. Cette dent est réduite à l'état de fragment, atteinte de gangrène pulpaire, légèrement mobile. Elle constitue une gêne pour la mastication, mais n'est le siège d'aucune douleur. L'extraction est faite sous chlorure d'éthyle. Nous refusons de lui faire une anesthésie par injection de novocaïne du fait que la muqueuse gingivale avoisinante présente un aspect pour le moins anormal. En effet, la deuxième prémolaire manque (elle a été extraite plusieurs années auparavant) et à sa place la muqueuse a perdu ses caractères normaux.

Le patient devant partir en voyage le lendemain, nous le prions de revenir nous voir dès son retour.

Le 13 avril 1933, le malade revient nous voir. Nous constatons une lésion gingivale couvrant la surface que pouvait occuper la deuxième prémolaire supérieure gauche. La muqueuse a un aspect velouté, dépoli, plus terne que normalement. Les contours de la zone atteinte sont nets, mais sans relief appréciable, comparables au tracé que provoque un appareil de prothèse bien supporté. La muqueuse ne saigne pas facilement :

le frottement prolongé avec du coton amène seul un léger suintement à peine rosé.

Examiné à vive lumière et à jour frisant on peut constater l'existence d'un fin pointillé gris jaunâtre, également clairsemé, sur la muqueuse atteinte, remontant davantage, au niveau de la muqueuse palatine, qu'au niveau de la muqueuse vestibulaire.

Les troubles fonctionnels sont absolument nuls. La lésion, indolore spontanément, donne à la langue une sensation de corps étranger. Les aliments acides amènent seuls une certaine irritation douloureuse.

Il n'y a aucun ganglion haut situé dans la région carotidienne.

L'ensemble de la cavité buccale est indemne d'autres lésions analogues. Les dents sont saines dans l'ensemble, solidement implantées, non déchaussées. Il existe une pulpité sur une incisive. En présence de ces signes nous nous attachons à fouiller les antécédents de notre patient. C'est un homme âgé de 46 ans, très actif, très bien portant qui déclare n'avoir jamais été malade. Il est marié, a des enfants, tous en excellente santé.

Interrogé sur le début de cette lésion, il ne donne pas de précisions. Il a été averti de l'état de sa muqueuse gingivale par une sensation anormale ressentie depuis quelques semaines en passant la langue à cet endroit.

Nous lui proposons de faire une radiographie pour connaître l'état des plans sous-jacents. Le 15 avril 1932, le radiographe nous répond.

« On ne voit pas de trace d'esquilles ou de racine. Les alvéoles de la première et de la deuxième prémolaire semblent récemment deshabitées.

Crêtes alvéolaires peu denses, peut-être alvéolite ou fongosités, pas d'image d'ostéite au delà des alvéoles ».

Nous demandons une consultation au Professeur LEMAITRE, qui porte le diagnostic de tuberculose primitive de la gencive, et demande qu'une biopsie soit faite pour confirmation de ce diagnostic. Il porte un pronostic favorable.

Le 21 avril, on pratique la biopsie et le laboratoire nous répond : « H. E. 10 coupes en série, 1/5° sur fragment de 2 à 4 mm. d'épaisseur, fixation au Bouin. »

La biopsie intéresse trois fragments tous absolument superposables. Leurs caractères structuraux peuvent être résumés dans un seul type de description histologique.

En superficie : épithélium malpighien du type pavimenteux stratifié assez fortement hyperplasié par endroits avec acanthose assez considérable. Les filaments intercellulaires sont dans l'ensemble assez peu visibles : en un seul endroit, ébauche de globe parakératosique.

En quelques zones, disparition de l'épithélium de revêtement qui est actuellement le siège de discrètes ulcérations : constitution d'un granulome avec fibrine, capillaires néoformés et polynucléaires. Partout ailleurs, la membrane basilaire n'est le siège d'aucune effraction.

Le stroma sous-jacent est constitué de fibres collagènes, plus ou moins denses suivant les endroits considérés. Il est partout richement infiltré d'éléments lympho-plasmocytaires.

Tout à fait en profondeur, large zone de nécrose fibrinoïde autour de laquelle on constate la présence de plusieurs follicules tuberculeux, le plus souvent atypiques et incomplets, mais tous centrés par une zone de caséification centrale parfois très importante. Un des trois fragments sur lequel devait porter le maximum des lésions a été très dissocié par les différents

réactifs, mais on peut encore y retrouver la présence d'un follicule.

En résumé : hyperplasie papillomateuse légère et association de tuberculose folliculaire.

M. le Professeur LEMAITRE cautérise largement et profondément le 26 avril. Nous continuons la cautérisation sous forme de scarifications toutes les semaines. La guérison se produit à partir du centre vers la périphérie. Mais en trois zones persistent les lésions. Au bout d'un mois de ce traitement, il existe trois points encore atteints séparés par de la muqueuse saine néoformée :

« L'un, sur le côté palatin du rebord alvéolaire. L'ulcération est à pic dans la muqueuse épaissie, sur trois ou quatre mm. de surface.

« Le deuxième persiste au niveau de la plaie alvéolaire imparfaitement cicatrisée de la dent de six ans.

« Le troisième atteint la base du frein vestibulaire. »

Les lésions en sont encore là, au mois de juillet, à chaque séance, nous n'opérons pas sur toute l'étendue des lésions : nous ne scarifions que les endroits atteints où nous apercevons des granulations.

En trois mois, nous faisons dix séances de scarifications.

Le 26 juillet, l'appex de la première prémolaire qui n'avait pas été signalé lors de la radiographie apparaît et est facilement énuclé par la pression du syndesmotome ; très petit, mais caractéristique avec son foramen apical et des traces de fracture ancienne.

Le malade part en vacance, nous le revoyons le 1^{er} septembre, son état général est toujours excellent. Les lésions buccales en sont à peu près au même point qu'en juillet ; par endroit apparaissent de fines esquilles de la grosseur d'une tête d'épingle surtout près du

vestibule et au niveau de l'alvéole de la dent de six ans.

Nous reprenons les séances de scarification. En quatre séances, les granulations disparaissent progressivement.

Le 5 octobre, nous procédons à l'extirpation des petites esquilles devenues mobiles, et nous curetons légèrement l'alvéole de la dent de six ans. L'os apparaît sain.

Le 19 octobre, 3 novembre, 7 décembre 1932, 1^{er} juin 1933, nous revoyons le malade. Toute lésion locale a complètement disparu. L'état général demeure parfait. La cicatrisation n'est apparente qu'en un seul endroit, au niveau du frein vestibulaire, où la muqueuse a conservé longtemps un aspect plus terne, comme si elle était en cet endroit plus fragile.

Toutes les scarifications et le curetage ont été faits sous anesthésie au liquide de Bonain. Nous croyons que les petits séquestres éliminés furent en rapport avec les scarifications successives et nullement occasionnés par la lésion elle-même.

EPITHÉLIOMA OBSERVÉ
SUR UN LUPUS DE LA MUQUEUSE BUCCALE PHARYNGÉE
(Résumé)

Observation résumée de AUDRY et IVERSÈNE

Le lupus de la muqueuse bucco-pharyngée n'est pas rare, et d'autre part, l'épithélioma complique le lupus de la peau plus souvent qu'on ne le pensait autrefois. Mais le lupus des muqueuses compliqué d'épithélioma paraît être exceptionnel. Nous publions une observation où le diagnostic a été difficile et fait seulement par l'examen histologique.

Pierre S..., âgé de 49 ans, père phthisique, antécé-

dents personnels nuls, fait remonter à trois ans seulement les accidents qui ont marqué pour lui le début de la maladie qui l'amène consulter. Il se plaint de douleurs à la déglutition toujours croissantes depuis cette époque.

A son entrée à la clinique, il présente un amaigrissement extrême, de la pâleur, de l'atonie, s'alimente mal à cause de la douleur de déglutition. Il ne tousse pas.

L'auscultation ne révèle aucun signe pathologique. Au niveau de la bouche sur tout le voile existe une ulcération rougeâtre mamelonnée, couverte d'exsudats à bords nets séparés de la peau saine par un sillon peu profond. Cette ulcération s'avance sur la ligne médiane jusqu'au palais osseux ; latéralement, jusque sur les joues et, sur la muqueuse gingivale rétro-molaire ; en arrière jusqu'à l'amygdale et sur les parties latérales du pharynx ; en bas atteint le segment postérieur de la langue couverte de bourgeons jaunes et rouges, brillants, irréguliers ; la lésion est surtout développée dans les fossettes épiglottiques.

Examen laryngoscopique (D^r Escat)

Épiglotte envahie, infiltrée, épaissie, rosée. Le vestibule du larynx et la glotte présentent des lésions catarrhales. Sur le voile où la surface est grenue, papillaire presque végétante, bords limités par un sillon net, profond, sans décollement.

Sur les joues, des lésions superficielles séparées des muqueuses saines par un bord épidermique blanchâtre. Là, comme sur l'amygdale et sur le pharynx, couleur rose vif, petites saillies blanchâtres, qui sont probablement des petits exsudats ou des débris d'épiderme. Toucher douloureux.

Adénopathie sous-maxillaire multiple. Diagnostic hésitant entre tuberculose et cancer. Excision dans le segment jaune du voile où le bourgeonnement, l'aspect épithélioïde ont une apparence singulière.

Après alcool, paraffine, coloration au bleu polychrome une coupe est pratiquée par M. SARDA qui montre :

Sur les parties profondes du fragment enlevé, les lésions normales de lupus, des nodules complets avec cellules géantes, cellules épithélioïdes, etc...

Sur les *parties superficielles*, ulcérations singulières, variées.

a) L'épiderme assez épais avec un système de pointes de SCHULTZE très apparent.

Les parties profondes de la couche de Malpighi et la couche cylindrique ne sont plus reconnaissables.

Les cellules ont subi une dégénérescence vacuolaire d'où aspect alvéolé.

C'est exactement l'apparence des couches profondes du mamelon dans la maladie de PAGET, à l'exception des figures encapsulées. Cet état alvéolé détruit parfois la démarcation nette entre l'épithélioma et le tissu conjonctif. Les glandes bien conservées, semblent refoulées vers la profondeur.

Au-dessous existe, soit un tissu lupique, soit un tissu conjonctif infiltré.

b) Ailleurs on voit :

Une infiltration diffuse des cellules épithéliales cubiques ou atypiques, disposées en boyaux entre des cloisons conjonctives, et qui n'attaquent pas encore les canaux des glandes.

Enfin, sur des bourgeons extérieurs, il existait une structure typique d'épithélioma : cellules serrées, cylindriques, noyaux volumineux, riches en chromatine, allongés, entre des cloisons conjonctives sur les-

quelles la couche profonde repose perpendiculairement, c'était l'apparence d'épithélioma sous-épidermique. Il était impossible de déterminer l'extension exacte du processus distinctif.

L'on pense que le point de départ fut glandulaire. « Cette dernière lésion nous paraît distincte de l'infiltration des cellules cubiques, claires, disposées en minces boyaux alvéolaires que nous avons signalée comme représentant une dégénérescence peut-être également épithéliomateuse de certains points de l'épiderme de la muqueuse. »

Les premiers examens révélant seulement le lupus on fit une séance de galvanocaustie. Ensuite on fit le diagnostic de l'épithélioma ; on abandonna tout traitement.

La cachexie progressa rapidement.

« A tous égards, cliniquement et histologiquement, l'observation nous a parue intéressante, car elle indique ici l'existence d'un processus de dégénération épithéliale et épithéliomateuse bien singulier et inobservé dans de telles conditions. »

FORME EROSIVE GENGIVO-ALVÉOLAIRE DE LA TUBERCULOSE BUCCALE

Observation rapportée par le Professeur SABRAZES, à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. Séance du 23 mars 1923. (*In Gaz. dans Sc. Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 8 juillet 1923, p. 317).

T. P...; 24 ans, échéniste, adressé par M. R..., présente depuis juillet une lésion ulcéreuse ayant débuté par un petit bouton, ulcéré secondairement, sur le bourrelet gingival entourant la dernière incisive droite du maxillaire inférieur et creusant entre la canine et

cette incisive. La lésion présentait de petits points jaunâtres.

Elle progressait lentement dénudant de plus en plus les incisives.

Une biopsie, une inoculation au cobaye le 23 mars de l'année suivante permit d'affirmer la nature tuberculeuse.

Une opération consistant dans une résection du rebord alvéolaire correspondant, suivie de multiples cautérisations au thermocautère permirent d'arrêter cette lésion. Le malade avait eu à 16 ans des ganglions fistulisés du cou traités, mais n'avait pas de B. K. dans les crachats.

Ce cas appartient à la catégorie des formes lentes insidieuses de tuberculose gingivo-alvéolaire.

Observation personnelle recueillie dans le Service de Stomatologie du Docteur ROUSSEAU-DECELLE à l'Hôpital Lariboisière.

Le 8 février 1933, M^{me} X..., âgée de 33 ans, danseuse, vient consulter à Lariboisière pour une lésion gingivale qui l'inquiète du fait de sa chronicité.

Le début des lésions remonte à novembre 1932. La malade rapporte sa lésion actuelle à un léger traumatisme de sa muqueuse par un os de poulet. A la suite de cette piqûre accidentelle, lentement la muqueuse se serait ulcérée. Les lavages de bouche à l'eau oxygénée, les applications de teinture d'iode n'amènent aucune amélioration. La lésion ne s'accompagne d'aucune douleur, si bien que la malade attend assez patiemment la guérison. Mais en janvier, l'ulcération s'étend : son siège la rend apparente au moindre sourire. C'est alors que la patiente se décide à venir à la consultation de Lariboisière.

Le 8 février, nous l'examinons pour la première

fois. A cette époque, existe une lésion ulcéreuse du rebord vestibulaire de la gencive correspondant à l'incisive centrale, et à l'incisive latérale gauche. Séparée par un pont de muqueuse saine en apparence, existe une autre ulcération plus petite, mais nette, située au-dessus et un peu en arrière de la précédente.

L'ulcération principale est de la dimension d'un gros pois. Elle présente un bord assez net en arrière et en haut. Il est beaucoup moins net, plus découpé vers la partie médiane. Elle se prolonge sur le collet de l'incisive supérieure gauche, mais il existe encore là une certaine épaisseur de muqueuse à aspect granuleux.

Le fond de cette lésion est granuleux, et recouvert en partie d'un enduit grisâtre qui adhère et que l'on ne retire qu'au prix d'un léger saignement. Tout autour, la muqueuse a perdu ses caractères normaux, le frein jusqu'au cul-de-sac vestibulo-labial, et en arrière jusqu'au bord distal de l'incisive latérale, elle apparaît légèrement rouge violacé, granuleuse, dépolie.

La seconde ulcération, de la grosseur d'un petit pois, présente des caractères analogues, mais elle est moins nettement limitée, plus superficielle. Au delà de l'axe de la canine la muqueuse a ses caractères normaux.

Le collet muqueux de l'incisive centrale gauche a perdu tout relief, toute limite nette, la muqueuse est, nous l'avons dit, amincie, granuleuse en voie d'ulcération à ce niveau.

Le collet de l'incisive latérale est respecté, mais sa teinte apparaît légèrement rouge, et à ce niveau la muqueuse a perdu sa couleur brillante : elle apparaît dépolie. Il existe un bourrelet interdentaire tumescent, violacé, décollé, laissant un petit cul-de-sac entre lui et les deux dents voisines.

En regard de la canine, il n'y a rien à signaler d'anormal.

En résumé, deux ulcérations, dont l'une, plus volumineuse, surmonte l'incisive centrale gauche et l'espace interdentaire suivant. Tout autour, une muqueuse nettement pathologique.

A l'examen à la loupe, les granulations de la surface muqueuse sont encore plus nettes et dépassent légèrement le frein et la canine. Ces granulations sont plus volumineuses au niveau du fond des ulcérations où elles apparaissent, sous forme de petits bourgonnements, l'envahissement est surtout marqué au niveau du collet de l'incisive centrale et sous la muqueuse correspondant à la racine de l'incisive latérale.

En plus de ces granulations, existent quelques points jaunâtres typiques, mais moins nombreux que l'on aurait pu le croire.

Les dents sont en excellent état. La bouche est soignée, et l'on ne constate que quelques obturations molaires. Nulle part, n'existe de déchaussement ou de clapier piorrhéique. Aucune dent n'est mobile.

Les signes fonctionnels sont réduits à une douleur au niveau de l'incisive centrale gauche, à peu près continue, sans irradiation. La mastication n'entraîne que de très légers agacements à ce niveau. Les sensations douloureuses maxima se produisent au contact des liquides acides. En asséchant bien au coton ou à la compresse on ne provoque aucun saignement, mais une douleur plus marquée lors du simple frôlement que lors d'une pression forte. Il n'existe ni adénopathie cervicale rétro-angulaire, ni génienne.

Nous interrogeons la malade sur ses antécédents. Elle a quitté ses parents et n'a plus de nouvelles de son père, de sa mère, ni de ses sœurs.

Jusqu'à l'âge de 23 ans, elle a joui elle-même d'une parfaite santé. A cette époque, en 1926, alors qu'elle faisait un séjour à Londres elle a eu une pleurésie que

l'on a traitée par des piqûres de sel d'or, la malade prétend avoir reçu plusieurs séries de chrysalbine. Elle est hospitalisée pendant deux ans, puis reprend son travail, assez fatigant, de danseuse. Elle continue à tousser, mais crache peu.

En 1930; elle se sent plus fatiguée, elle maigrit, présente quelques sueurs nocturnes. Elle est à nouveau traitée par des injections de sel d'or, elle engraisse un peu, et sa fatigue diminue.

Elle continue à tousser et crache légèrement. Elle est toujours assez amaigrie, teint pâle, et le début de ses accidents actuels correspond à une nouvelle période d'une perte de poids et de fatigue générale.

A l'auscultation, nous constatons des signes très nets d'atteinte bacillaire bilatérale que confirme la radiographie. Ses deux champs pulmonaires sont touchés. Il existe des lésions calcifiées à côté de lésion en évolution. Au sommet droit, il existe deux cavernes.

En présence de ces lésions, nous portons le diagnostic de tuberculose lupique infectée secondairement.

Nous faisons faire une photographie de la lésion, et pratiquons ultérieurement une biopsie. Le laboratoire du Professeur OBERLING nous répond qu'il s'agit d'une « ulcération tuberculeuse lupique caractéristique ».

Nous traitons la malade dès la semaine suivante, par des scarifications légères aux points les plus atteints. Nous la faisons revenir deux fois par semaine pendant un mois, nous obtenons une amélioration légère.

Nous l'adressons alors au Service de Radiothérapie de Lariboisière, et nous demandons qu'il soit fait des applications de rayons. La malade en reçoit pendant deux semaines à raison de deux fois par semaine. Puis elle vient irrégulièrement et suit avec négligence le traitement institué. Si bien que le 11 mai 1933, après

huit séances, le bilan des lésions est le suivant : l'extension vers le sillon gengivo-labial et vers la canine a été complètement arrêtée. Mais le déchaussement au niveau de l'incisive centrale est encore marqué, la muqueuse est complètement détruite à ce niveau et laisse apparaître le rebord alvéolaire. Le collet de la latérale est constitué par un bourrelet saillant rouge, se terminant au niveau de l'espace gingival entre latérale et canine.

Somme toute, nous avons obtenu à cette date une limitation de l'extension, mais pas d'amélioration appréciable, au niveau des zones primitivement ulcérées.

Le traitement est continué encore pendant une quinzaine, puis la malade s'absente de Paris et nous la perdons de vue.

Observation recueillie dans le Service du Docteur
ROUSSEAU-DECELLE, à Lariboisière.

LUPUS PRIMITIF DES GENCIVES

Le 24 septembre 1932, nous est conduit par sa mère à la consultation dentaire de l'Hôpital Lariboisière, le jeune J..., âgé de 5 ans et 1/2.

Les antécédents héréditaires nous apprennent que le père et la mère sont en bonne santé, ainsi que les deux frères aînés âgés respectivement de 10 et 12 ans.

Les antécédents personnels sont sans intérêt jusqu'au début de l'année 1931. L'enfant s'était toujours bien porté ; lorsque au mois de janvier, il a une rougeole qui évolue normalement sans complications. Le mois suivant survient une varicelle qui évolue aussi normalement. Pendant les dix derniers mois de 1931 l'enfant se porte bien.

En janvier 1932, se situe le premier accident dentaire. Un abcès d'une deuxième molaire temporaire

est incisé par un dentiste. Puis en mai 1932, et pendant une huitaine de jours, l'enfant a de la fièvre : elle oscille entre 38°-39°. Simultanément, existe un gonflement de la région cervicale supérieure angulo-maxillaire et jugale gauche. La peau au niveau de ce gonflement n'était pas rouge, la palpation n'était pas douloureuse ; mais on avait une sensation de dureté, nous dit la mère de notre jeune malade. On ne porte aucun diagnostic précis, mais on élimine les oreillons. Le médecin consulté constate un foie volumineux avec des signes d'insuffisance hépatique (coloration subictérique des conjonctives). La gorge est rouge, mais il n'existe rien d'anormal sur le reste de la muqueuse buccale. L'état général est mauvais et l'enfant a maigri.

Dans une huitaine de jours, la température redevient normale, le gonflement disparaît et le mois suivant suffit à l'enfant pour reprendre son poids normal.

Le 17 septembre 1932, nouvel état fébrile qui dure une quinzaine de jours. Un nouveau gonflement sous-maxillaire de la branche horizontale gauche apparaît. Il existe de l'insomnie sans douleur très marquée de la région. Un dentiste est consulté. En présence de ces signes et après examen endo-buccal qui lui révèle un vestibule comblé, il procède à l'extraction de la deuxième molaire de lait, cette même dent qui, l'année précédente, avait déjà été le point de départ d'un abcès. Le praticien ne peut enlever les deux racines.

C'est dans ces conditions que le 24 septembre, nous voyons le petit J... Il présente toujours un gonflement sous-maxillaire, s'étendant de l'angle de la mandibule à la région canine gauche. Au niveau de cette tuméfaction, la peau est saine en apparence. La pal-

pation est un peu douloureuse, montre un empâtement de toute la région de la branche horizontale et sous-maxillaire. La peau conserve l'empreinte du doigt et il semble que l'on puisse affirmer dès cette époque, l'existence de pus sous-jacent : la fluctuation est enfin mise en évidence par un examen très soigneux. L'examen endobuccal montre l'alvéole deshabitée et surtout un vestibule comblé.

Le lendemain, la fluctuation est beaucoup plus nette et on incise. On extrait également la racine qui avait été fracturée en ville,

D'autre part, la dent de six ans inférieure incomplètement évoluée est recouverte d'une muqueuse rouge et enflammée qui fait penser à un accident muqueux possible. Le 1^{er} octobre, on fait sur cette région une application d'acide trichloracétique, le 3, une nouvelle application, le 8, on pratique un badigeonnage au novar glyciné, le 11, on reprend l'acide trichloracétique et le 14, on procède à une dernière désinfection par le novar. C'est à cette date, le 16 octobre, que le petit malade est présenté au Docteur ROUSSEAU-DECELLE. Il est frappé par l'aspect tout particulier de la muqueuse vestibulaire en regard de l'alvéole de la dent de lait extraite, et de la dent de six ans en évolution. Elle est rouge violacé, légèrement mamelonnée et présente un semis de petites granulations. La pression de cette muqueuse enflammée n'est nullement douloureuse. En présence de ces lésions, notre Maître, porte le diagnostic de *lupus gingival*. Une biopsie est pratiquée. L'examen anatomo-pathologique pratiqué par le Docteur OBERLING montre l'image typique de *lupus gingival* avec présence de nombreux follicules tuberculeux.

Le traitement par ignipuncture et scarifications linéaires est commencé et poursuivi à raison de deux

séances par semaine. Simultanément, il est pratiqué sept séances de radiothérapie à doses faibles (une tous les quatre jours). On prescrit également un traitement général consistant en huile de foie de morue et piqûres de cacodylate de soude.

L'examen clinique, radioscopique et radiographique des poumons est négatif le 6 janvier 1933. En février 1933, la lésion lupique est en notable amélioration dans toute sa partie antérieure, mais elle tend à s'étendre en arrière vers le pilier antérieur qui prend à son tour une coloration rouge violacé. Le 7 février, le ganglion sous-maxillaire, qui avait toujours persisté depuis le début des accidents, et était devenu volumineux, est ponctionné. On injecte à la place du pus recueilli, deux centimètres cubes d'éther iodoformé. Le 14 février, on procède à une nouvelle ponction suivie également de la même injection de trois centimètres cubes environ. Le 22 février, a lieu la troisième ponction à laquelle succède une injection modificatrice.

Localement, on poursuit le même traitement sur la muqueuse, et l'on irradie aux U. V. la région ganglionnaire cinq fois successivement, à une semaine d'intervalle entre chaque séance.

En avril, la lésion lupique est considérablement améliorée et l'extension vers le pilier est jugulée. Le ganglion qui ne suppure plus est très diminué de volume.

En mai, la muqueuse gingivale est presque revenue à l'état normal. C'est alors que M. ROUSSEAU-DECELLE prend la décision d'envoyer à Berek l'enfant après nouvel examen pulmonaire également négatif. Le séjour dure plusieurs mois (quatre mois et demi environ). A son retour, en octobre, l'enfant qui a pris du poids ne présente plus aucune lésion lupique et le

ganglion sous-maxillaire a complètement disparu.

Nous avons revu le petit malade le 3 février, la cicatrice gingivale est à peine apparente, la muqueuse paraît légèrement amincie, cette modification passerait complètement inaperçue si on ne savait qu'elle avait été le siège de telles lésions.

TUBERCULOSE LUPIQUE GINGIVALE PRIMITIVE

Observation personnelle recueillie dans le Service de Stomatologie du Docteur BÉLIARD, à l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu.

M^{me} L..., âgée de 31 ans, brunisseuse, vient consulter à l'Hôtel-Dieu, le 25 septembre. Elle présente une lésion gingivale du maxillaire inférieur droit.

Le début remonte à quatre mois environ. C'est par une rougeur marquée de la muqueuse en regard de la canine et des prémolaires inférieures droites que commencent les accidents. Dès le début, cette zone est extrêmement douloureuse au moindre contact alimentaire ; très sensible aux liquides chauds. Puis, dans les jours qui suivent, l'apparition de cette rougeur, au niveau du collet survient un saignement lors de la moindre irritation. La malade qui ne se brosse plus les dents dans cette région, mais se contente d'y passer légèrement une gaze s'aperçoit que celle-ci est teintée de sang. Bientôt les collets se surélèvent, deviennent turgescents. En un mois, l'ulcération se produit occupant, nous dit-elle, la gencive depuis le collet jusqu'au cul-de-sac gingivo-jugal, de la canine à la dent de six ans. La muqueuse est granuleuse, l'ulcération superficielle a son maximum dans la région de l'espace interdentaire correspondant à la canine et à la première prémolaire.

La malade consulte en ville un médecin qui lui con-

seille des attouchements au bleu de Méthylène. Mais aucune amélioration ne se produit. Elle se présente alors à la consultation de l'Hôpital Saint-Antoine. On pratique une biopsie, dont il nous a été impossible de retrouver la trace. A la suite de ces examens, elle subit une série de douze injections. Nous n'avons pu déterminer de quel produit il s'est agi.

Puis, la malade part en Suisse. A cette époque, les lésions n'ont plus de tendance envahissante. Elles paraissent stabilisées. La douleur persiste toujours, très marquée à la moindre irritation. En Suisse, un dentiste est consulté, et porte un pronostic sévère.

La malade inquiète rentre à Paris le 9 septembre, et vient consulter à l'Hôtel-Dieu.

Nous sommes en présence d'une lésion de la muqueuse ayant son maximum au niveau de la première prémolaire et de la deuxième prémolaire inférieures droites s'étendant en arrière, mais dépassant peu en avant le bord mésial de la canine.

La muqueuse a perdu ses caractères normaux, de lisse elle est devenue granuleuse, de rosée, elle a pris une teinte violacée. Par endroits, existent des points pseudo-membraneux grisâtres sur lesquels se détachent les granulations d'une façon nette.

Le cul-de-sac gengivo-jugal est seulement atteint dans sa teinte, plus hyperhémie que normalement. En revanche, les collets des dents sont peu lésés. Celui de la première prémolaire a perdu cependant tout relief. Il est le siège d'une ulcération en croissant dont le bord en contact avec la dent est découpé, inégal. Des lésions analogues mais beaucoup moins prononcées siègent sur les collets de la deuxième prémolaire et des molaires.

Les ponts gingivaux interdentaires sont turgescents, décollés, présentant un cul-de-sac plus ou moins pro-

fond. L'ensemble apparaît donc dépoli, saignant très légèrement au moindre contact, tomenteux.

Les dents sont saines. Il n'existe que quelques caries traitées. L'arcade est complète. Rien d'anormal à signaler sur le reste de la muqueuse.

Au niveau du groupe ganglionnaire sous-maxillaire l'on perçoit un ganglion gros comme une noisette, non douloureux, roulant sous les doigts.

A ces signes physiques, s'ajoute un signe fonctionnel très marqué, la malade souffre sinon d'une façon constante du moins très souvent, sans cause apparente. Par ailleurs, tout contact sur la muqueuse atteinte, même léger, provoque une exacerbation de ce symptôme. La malade en arrive à ne pouvoir manger qu'en se servant des dents du côté gauche, et redoute même l'examen le plus discret.

En interrogeant la malade, nous apprenons que, fille unique, ses parents sont en excellente santé. Elle n'a elle-même jamais été malade. Elle ne peut nous préciser que certaines gastralgies s'accompagnant parfois de vomissements, ayant complètement disparu dès l'âge de 20 ans. Elle se marie en 1924, alors âgée de 22 ans. Son mari jouit d'une excellente santé. Jusqu'en 1928, elle ne signale rien qui puisse arrêter notre attention. Mais à cette époque, elle présente une hémoptysie de moyenne abondance. On lui fait une radiographie qui témoigne d'une lésion pulmonaire droite.

Elle est soumise à un traitement consistant en pointes de feu. On lui prescrit des récalcifiants et de l'huile de foie de morue ; le repos aidant, une amélioration se produit. Elle reprend du poids, et peut mener une vie normale.

En 1931, a lieu une rechute ; nouvelle hémoptysie sous forme cette fois de crachats striés de sang. On

pratique un examen de l'expectoration qui révèle la présence de bacilles de Koch, on lui fait à nouveau des pointes de feu ; la médication qui l'avait améliorée en 1928 est reprise. Mais la malade continue à tousser et à cracher, le matin surtout.

Au bout de quelques mois, progressivement, son état s'améliore. Elle engraisse, ne présente plus de fièvre et peut reprendre sa vie normale.

C'est dans ces conditions que nous la voyons arriver à la consultation, se plaignant, en dehors de ses lésions, d'une toux matinale légère accompagnée d'une expectoration réduite.

A l'auscultation, il existe une légère diminution du murmure vésiculaire et quelques râles nullement symptomatiques de lésion tuberculeuse en évolution.

Etant donné l'aspect et l'évolution de la lésion, les antécédents pulmonaires de la malade et son état actuel, nous portons le diagnostic de lupus primitif de la gencive. Nous faisons un prélèvement biopsique pour confirmer le diagnostic.

Nous envoyons des crachats au Laboratoire.

RESULTATS : Une radiographie du maxillaire inférieur droit par la méthode du profillement est également pratiquée et ne décèle aucune lésion osseuse.

La radio pulmonaire ne montre que des lésions de scéroles à prédominance hilaire.

La biopsie confirme le diagnostic de lupus en montrant des follicules plus ou moins typiques.

L'examen des crachats ne décèle pas de B. K.

Le traitement : Le 17 octobre a lieu la première séance d'ignipuncture sous forme de stries linéaires légères. On continue les séances espacées de trois ou quatre jours. L'amélioration est rapide, si bien que le 21 novembre, on ne peut plus pratiquer de stries linéaires. On se borne à faire de l'ignipuncture sur

les points encore atteints. Le 12 décembre, la guérison est presque complète, mais il reste quelques points suspects au niveau des languettes interdentaires. L'on continue donc le même traitement et le 23 janvier 1934, la guérison est complète.

La malade est revue le 6 février, la guérison se poursuit.

Mais entre temps, l'état général s'est aggravé. L'expectoration est devenue plus abondante, la fatigue et une légère inappétence attirent notre attention. Nous envoyons la malade au Docteur PAUMEAU-DELILLE pour examen pulmonaire. Il nous répond : « Tuberculose pulmonaire fibrosante bilatérale à prédominance gauche avec cependant actuellement quelques signes cliniques qui commandent le repos et une surveillance particulière ».

Nous conseillons alors un repos à la campagne ou mieux une cure sanatoriale, mais la malade ne se décide pas à partir.

CONCLUSIONS

Sans être très réquent, le lupus primitif de la gencive, est une localisation moins rare qu'on ne le croit généralement, car étant donné son indolence, un certain nombre de cas doivent passer inaperçus. Depuis que l'attention a été attirée sur lui, les observations signalées vont en augmentant de fréquence.

Ce sont des sujets du sexe féminin avec prédilection et surtout entre 20 et 30 ans qui sont atteints. Le bacille peut être apporté au niveau de la muqueuse par inoculation d'origine exogène ; mais contrairement à l'opinion classique, le lupus survient surtout chez des tuberculeux et l'apport par voie vasculaire paraît être le plus fréquent. Les irritations (éruption des dents, extraction, blessure de la muqueuse), jouent un rôle « fixateur » certain des lésions.

Cliniquement, le lupus est caractérisé par une infiltration torpide. La muqueuse gingivale est rouge violacé, granuleuse, muriforme. Il faut distinguer deux évolutions cliniques suivant que le début a lieu en plein tissu gingival ou au niveau des collets des dents. Dans la première éventualité, l'évolution est très lente, silencieuse, particulièrement indolente. Dans la deuxième, l'évolution est plus rapide, par suite des infections secondaires fréquentes au niveau des alvéoles ; elle est moins torpide du fait du déchausse-

ment des dents, entraînant leur mobilité, et des lésions osseuses parfois coexistantes.

Les lésions sont assez caractéristiques pour permettre un diagnostic relativement facile. On devra néanmoins toujours le confirmer par un examen biopsique qui montrera des lésions bacillaires plus ou moins typiques. La recherche du B. K. est souvent négative du fait de la rareté habituelle des bacilles au niveau des lésions.

Le pronostic est sérieux localement dans la forme débutant au collet des dents : leur mobilité aboutit souvent à leur chute et l'atteinte osseuse entraîne des séquestrations plus ou moins étendues. Au point de vue général, la tuberculose pulmonaire souvent coexistante et la possibilité d'une généralisation assombrissent encore ce pronostic.

Les traitements proposés sont multiples : deux nous semblent seulement devoir être retenus. L'exérèse chirurgicale quand elle est possible est efficace, mais le traitement de choix, du moins pour l'instant, est l'ignipuncture et la scarification linéaire auxquelles s'ajoutent avantageusement quelques séances de radiothérapie à faible dose.

Vu : LE DOYEN : Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :
G. ROUSSY. M. LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY et IVERSÈNE. — Papillome juxta-lupique de la langue (*Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, Année 1897, page 141).

ACHARD et LOEPER. — Précis d'anatomie pathologique.
— Epithélioma observé sur un lupus de la muqueuse buccopharyngée (*Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, Année 1897, page 41).

BERCHER, CROCQUEFER, JANSION. — Discussion du cas du malade présenté à la Société de Stomatologie par le Dr THIBAUT (*Société de Stomatologie*, juillet 1932).

BEUDER. — Über lupus der schleimhäute (*Viarteljahrschrift für dermatologie und syphilis*, décembre 1888).

BOURGEOIS et POYET. — L'électrocoagulation en O.R.L. (*Annales des maladies de l'oreille*, 1923, page 386).

BOURGEOIS, POYET, DUTHEILLER DE LAMOTTE, PORTMANN.
— La diathermie en O. R. L. (*Annales des maladies de l'oreille*, 1925, page 277).

BROCA, in DUPLAY et RECLUS. — Des ulcérations tuberculeuses de la bouche (*T. V.*, page 275).

BROCQ. — Dermatologie pratique.

BRUNEAU. — Ulcérations tuberculeusés de la bouche (*Thèse Paris*, 1887).

BRUQUOY. — Des ulcérations tuberculeuses de la langue et de l'orifice anal (*Thèse Paris*, 1874).

- BUZENET. — Du chancre de la bouche, son diagnostic différentiel (*Thèse*, Paris, 1852).
- CAPELLE. — Contribution à l'étude du lupus érythémateux des muqueuses (*Thèse*, Paris, 1901).
- CHOMPRÉ ET SASSIER. — Lupus primitif buccal. (*Revue de Stomatologie*, pages 29, 599, 604, octobre 1927).
- CHOMPRÉ. — Lupus buccal (*Revue de Stomatologie*, juin et octobre 1909).
- CHOMPRÉ ET GASTOU. — Tuberculose gingivo palatine probable (*Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 5 février 1902).
- COLLET. — Tuberculose du larynx et du pharynx (DOIN et fils, 1913).
- CULVER. — Lupus érythématosus of the mucous membranes (*Journal Américain Médical-Associat.*, 1915, page 775).
- DA CUNHA (H.). POYQA. — Ulcera tuberculosa della bocca curada pelas currentes de alta frequência (*Brasil. Méd.*, pp. 271-273, March. 26, 1927).
- DARIER. — Précis de Dermatologie (Masson, Paris, 1923).
- DAVIS. — Lupus of the tongue (*Pro Royal Soc. Méd. London Laryngolo Sect.*, 1912-1913, p. 88).
- DECHAUME. — Gomme genienne tuberculeuse (*Société de Stomatologie de Paris*, séance du 15 mars 1932).
- LE DENTEC ET DELBET. — Traité de chirurgie.
- DUBREUILH. — Lupus érythémateux de la muqueuse buccale (*Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris*, 1901, page 231).
- DU CASTEL. — Lupus tuberculeux avec plaque tuberculeuse de la langue (*Bul. de la Société de Dermatologie de Paris*, 1899, page 338).

- EHRHARDT. — Primari tuberculare der mundschleinhaut und der unterkiefs nach zalm extracter (*Deutsch. Med. Woschenschrift*, 1911, p. 214).
- ESCAT. — Légitimité de la distinction clinique du lupus et de la tuberculose vulgaire des voies des respiratoires supérieurs (*An. des Maladies de l'Oreille et du Larynx*, octobre 1905, p. 313).
- FERRÉOL. — Note sur quelques ulcères spéciaux développés au voisinage des orifices naturels chez les tuberculeux (*Bull. dme la Société Méd. des Hôpitaux*, 1874, 22^e série, p. 159).
- *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1872, page 1888.
- FINNERUD (C.-W.). — Ein Beitrag zum lupus érythematodes des Mundschleinhaut (*Arch. of Derm. Syphilig.*, Berlin, 1924-1925, CXLVIII, 318-322).
- GAILLARD et NOGUÉ. — Traité de Stomatologie.
- GAIZOU. — Considérations cliniques et thérapeutiques à propos d'un cas de tuberculose ulcéreuse de la muqueuse buccale.
- GERSCHUM. — Chancre tuberculeux primitif de la langue (*Wrach. Gaz.*, Saint-Petersbourg, 1912, p. 55).
- GILMOUR et LÉVINGSTON. — A case of tuberculosis gingivitis (*Brit. Dent. Journal*, London, 1924, 107-109).
- GLEGY. — Lupus of upper air passages (*British Med. Associat.*, 24 février 1905).
- GOUGEROT et FILLIOL. — Lupus vulgaire ayant subi une poussée extensive à la suite d'un érysipèle (*Société de Dermatologie*, mai 1926).
- HENNON. — Contribution à l'étude du lupus primitif de la muqueuse buccale (*Thèse*, Paris, 1928).

- HERXHEIMER. — Fall von lupus vulgaris der zunge
(*Berl. Klin. Wochenschrift*, 30 octobre 1911,
page 1908).
- HEYN. — Lupus der zunge (*Dermatologische Zeitschrift*,
sept. 1921, p. 213 ; *Berliner Dermatologische
Gesellschaft*, séance du 12 avril 1925, rappor-
tée dans *Dermatologische Wochenschrift*,
1921, page 421).
- HUTCHINSON. — Lupus beginning on the gum and in
associat. with great œdematous hypertroph.
of upper lip (*Arch. Surg.*, London, 1889-
1892).
- JACQUES. — Traité de scrofules ulcéreuses bucco-phar-
yngées (*Prov. Méd.*, n° 20, mai 1906. *Com-
munication du Congr. Franç. de Laryng.*,
Paris, mai 1908).
- JACOBSON. — L'éther binziloicinnamique dans le traite-
ment de la tuberculose linguale (*Congrès de
Dermatologie et Syphiligraphie de Paris*,
juin 1922 ; *Société Française de Dermatologie
et Syphiligraphie*, 9 février 1922 ; *Congrès de
Dermatologie et Syphiligraphie de langue
française*, Strasbourg, 25-27 juillet 1923).
- JENSELME, LEFÈVRE et VILLEMIN. — *Bull. Soc. de Derm.
et Stomatol.*, 1927, page 353.
- JOUE. — Lupus primitif de la muqueuse buccale,
1928.
- JULLIARD. — Des ulcérations de la bouche et du pha-
rynx dans la phtisie pulmonaire (*Thèse*, Pa-
ris 1865).
- LAGORMASINO. — Tuberculose primitive disséminée de
la langue (*Ann. de la Société Argentine d'O.
R. L.*, 1911).
- Sur un cas de tuberculose primitive dissé-

- minée de la bouche (*Semaine Médicale de Buenos-Aires*, 1912, page 1216).
- LANGIN. — Les hybrides de syphilis et de lupus (*Thèse*, Paris, 1905).
- LELOIR. — Lupus de la langue (*Ann. de Dermat et de Syphiligraphie*, 1889).
- Recherches sur l'histologie pathologique et la nature du lupus érythémateux (*Arch. de Physiologie*, oct. 1890, page 690).
- LENGLET. — Article lupus (*La Pratique dermatologique*, T. III, BESNIER, BROCCQ, JAQUET).
- LENORMAND. — In précis de Pathologie chirurgicale (MASSON, Paris).
- LEROUX. — Les applications médicales de haute fréquence (*An. des Maladies de l'Oreille*, 1924, p. 167).
- LORTAT-JACOB et LEGRAIN. — Un cas de lupus érythémateux étendu et infiltré de la muqueuse buccale (*Bull. de la Soc. Franç. de Derm.*, avril 1926, page 368).
- LOUSTE et THIBAUT. — *Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 14 mars 1929.
- LOUSTE, THIBAUT, MARIN. — Tuberculose ulcéreuse de la joue guérie par les rayons ultra-violets (*Société Française de Dermat. et Syphiligraphie*, mars 1926).
- MARTY. — Lupus du larynx (*Thèse de Paris*, 1888).
- MERLO (M.-C.-H.). — Des ulcérations tuberculeuses de la bouche et du pharynx (8^e Bordeaux, 1913).
- MIÈGE. — Une tuberculose guérie chez le dentiste (*R. Médicale de la Suisse Romande*, 25 décembre 1931, page 878).

- MÖLIER. — Lupus de la muqueuse buccale et pharyngée (*Société de Dermatologie de Stockholm*, 29 janvier 1903).
- MOMEL. — Lupus scrofuleux des fosses nasales (*Thèse Paris*, 1877).
- NÉDOPII. — Sur la tuberculose buccale (*Arch. de Langenbeck*, 1876; T. xx).
- NORSK (F.). — Présentation d'un cas de lupus érythémateux de la muqueuse buccale (*Acta Oto-Laryngolog.*, Stockholm, 1923, V. 244).
- OLARIDE. — Sur le traitement comparatif du lupus (*An. de Derm. et de Syphilig.*, 1879, p. 980).
- OTTENKREN. — Ueber lupus érythématodes des Lippenrots und der mundschleimhaut (*Arch. of Dermatologie*, janvier 1906, p. 13).
- ODARD, COUREAUD, BIDEAU. — *Arch. Méd. et de Pharmacie navales*, 1931, p. 470.
- PAUTIER et FAGE. — Contribution à l'étude de l'anatomie du lupus érythémateux des muqueuses (*An. de Dermatologie*, 1909, p. 673).
- PAUTRIER, LANG, DEIS. — Ulcère tuberculeux de la lèvre inférieure (*Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligr.*, 1926, page 268).
- PETGES. — Lupus de la gencive supérieure et du nez (*Journal de Médecine de Bruxelles*, 1906, xxxvi, p. 154).
- PFOLE et WIDMANN. — A case of tuberculosis gengivitis treated with apparent succès by radium (*Am. J. Roentgenob. N.-Y.*, 1922, p. 756).
- PIFFARD. — Ein Fall von lupus érythématosus des penis (*Arch. fur dermatologie*, avril 1877, page 599).
- PLATONOV. — Trois cas d'ulcère tuberculeux de la bouche, traités par les rayons ultra-violets (*Rev.*

- Odontologique*, 49, pages 150-154, fév. 1928).
- PROVERA. — Un caso d'ulcera primitiva tubercolare della lingua (Il Morgani, Milano 1926, p. 27).
- RABOURDIN. — Contribution à l'étude du lupus primitif des muqueuses des voies aériennes sup. (Thèse, Paris, 1905).
- RAULIER. — Etude sur le lupus primitif de la muqueuse nasale (Thèse, Paris, 1888).
- RAYAUD. — Traité du lupus et des tuberculoses cutanées par la diathermo-coagulation (3^e Congrès de Dermatologie et Syphilig. de langue française, Bruxelles, 25-28 juillet 1926).
- RENARD. — Sur un cas de tuberculose buccale traitée par injection intra-veineuse de sels de terres rares (*Méd. Ste Etienne*, xxxv, p. 42).
- REYNAL. — Lupus gengival (*Revue de Stomatologie*, juin 1930, page 573).
- RODIER et VINCENT. — Présentation de malades atteints de lupus primitif buccal (*Revue de Stomatologie*, févr. 1922).
- ROGER, WIDAL, TEISSIER. — Tuberculose de la bouche. *Nouveau Traité de Médecine*, fasc. XIII, Masson, 1926).
- ROUGET (J.). — Lésions tuberculeuses de la bouche, du pharynx et du larynx (*Société de Laryng. des Hôp. de Paris*, Séance du 8 décembre 1926).
- ROUSSEAU-DECELLE. — Tuberculose et cavité buccale. Leçons faites à l'Ecole Française de Stomatologie (Ed. *Semaine Dentaire*, Paris, 1925).
- ROUSSEAU-DECELLE et RAISON. — Traité de Pathologie buccale et péri-buccale (Masson, 1933).
- ROY. — Odontologie, janvier 1928.
- ROY, HENNIOT, FRINANT. — Observation publiée dans la Thèse de HENNIOT.

ROY, HENNION, FRINANT. — Observation parue dans la Thèse de HENNION.

SABRAZES. — Tuberculose buccale et linguale (*Médec. Prat.*, 30 juin 1923).

— Deux modalités rares de la tuberculose buccale, microfistule abscolaire à sécrétion rare en bacille.

— Erosion gingivale tuberculeuse péri-dentaire à marche chronique guérie par l'intervention chirurgicale (*Gaz. Hebd. des Sciences Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 1923, XLIV, 317).

SCHAMBERG. — Tuberculosis of the mucous membrane of the mouth. (*Arch. f. Dermal. et Syphil.*, Chicago, 1920, N. S. I., 103).

SEQUIERA. — Lupus vulgaris of the tongue gums palate and nose (*British Journal of Dermal.*, janvier 1906, page 42).

SERGENT. — *Traité de Médecine. Tuberculose*, Tome I et II.

SIEMENS (J.-L.). — Présentation d'un cas traité de lupus des muqueuses de la bouche et du pharynx, sans lupus de la peau (*Nederl-Tigischcr V Geneesh*, Haarlem, 1922).

SFRATTON (Mary). — Tuberculosis of the gumus report of a case and review of the litterature (*Colorado Méd. Deuver.*, 1921, 219-221).

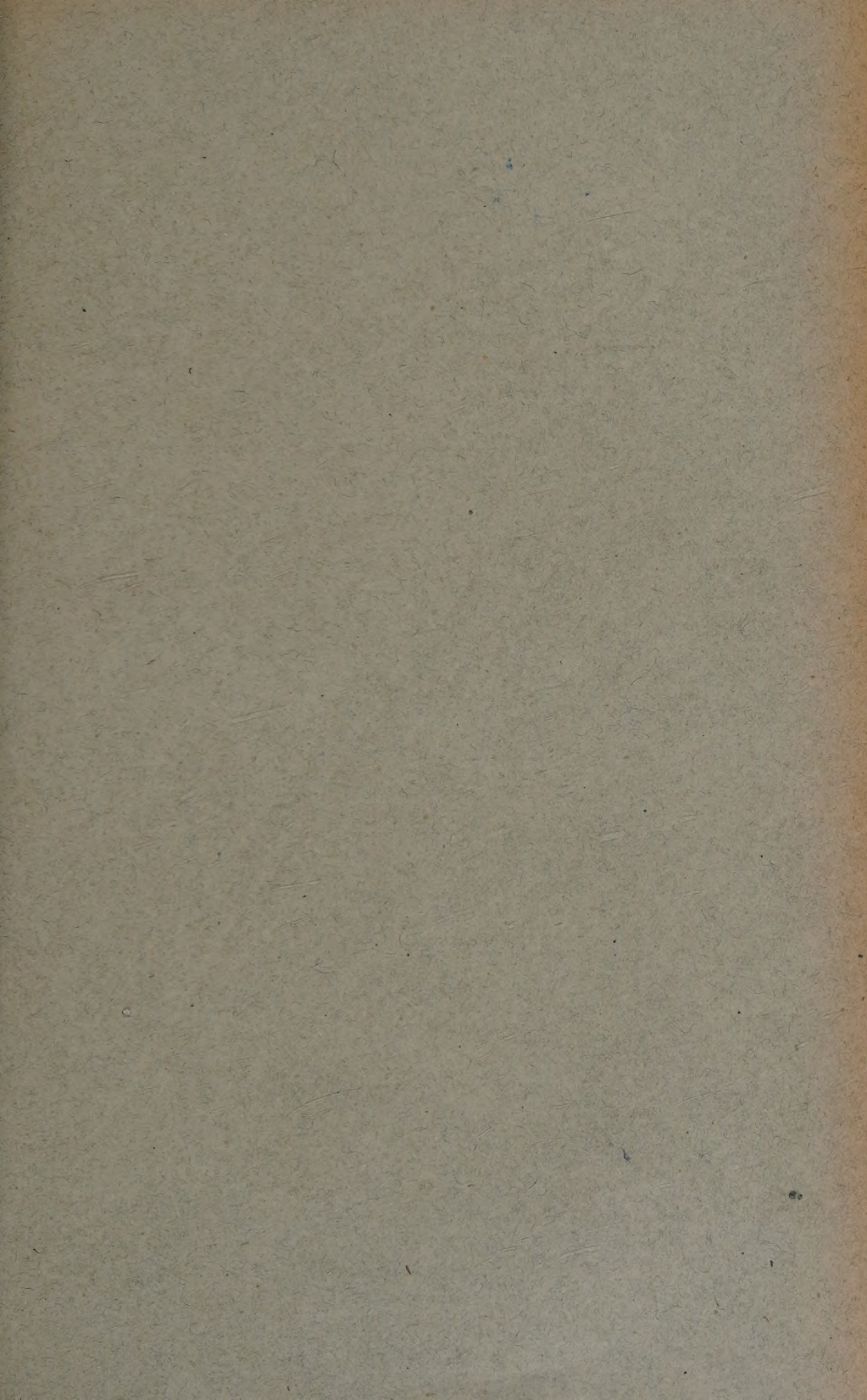
STROPENI. — Contributio alla progressi et alla cura della tuberculose della lingua (*Policlinico Roma*, 1915, *Seiz. Chir.*, p. 157).

TARRADE. — De la tuberculose inoculée par la muqueuse buccale (*Thèse*, Paris, 1897, 8°).

THIBIERGE et GASTINEL. — Intradermo réact. à la tuberculine dans le lupus vulgaire. Ses applications au contrôle de la guérison du lupus

- (*Ann. de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1909, p. 685).
- UEEBER (C.-T.). — Tuberculosis ulcer of mouth (*U. S. S. et Bul. Méd.*, 6.699, nov. 1930).
- Lupus érythémateux du cuir chevelu et de la muqueuse buccale (*Ann. de Dermat.*, 1889, page 785).
- VINCENT. — Un cas de lupus gingival (*Revue de Stomatologie*, février 1922, page 95).
- WIDAL et LOLOIR. — Anatomie pathologique du lupus (*Soc. Biologique*, 11 mai 1882).
- ZAUDES. — Forme érosive gengivo-alvéolaire de la tuberculose buccale (*Soc. Méd. de Bord. et du Sud-Ouest*, 8 juillet 1923, p. 317).

Imprimerie spéciale de la Librairie Le François,
91, boul. Saint-Germain, Paris-6°



3189